

Universidad de Huánuco

Facultad de Ciencias de la Salud

PROGRAMA ACADEMICO DE ENFERMERÍA



TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD HACÍA LA
ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN LOS ADULTOS MAYORES
USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING
FERRARI 2015**

Para Optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TESISTA

PUENTE SILVESTRE, Janedith Noorie

ASESORA

Dra. RODRÍGUEZ ACOSTA, Gladys Liliana

Huánuco – Perú

2017



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
http://www.udh.edu.pe

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA**



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 3:00 horas del día 03 del mes de julio del año dos mil diecisiete, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- | | |
|-------------------------------------|-------------------|
| • Edith Cristina Jara Claudio | Presidenta |
| • Mg. Betsy Diana Huapalla Céspedes | Secretaria |
| • Lic. Enf. Bertha Serna Román | Vocal |

Nombrados mediante Resolución N° -2017-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulado: **"NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD HACIA LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI 2015"**, presentada por la Bachiller en Enfermería Srta. **Janedith Noorie PUENTE SILVESTRE**, para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) aprobada por unanimidad con el calificativo cuantitativo de 14 y cualitativo de suficiente.

Siendo las 16:30 horas del día 03 del mes de Julio del año 2017, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


PRESIDENTA


SECRETARIA


VOCAL

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD HACÍA LA
ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN LOS ADULTOS
MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD
CARLOS SHOWING FERRARI 2015

DEDICATORIA

Con profundo cariño y eterna gratitud a Dios, por darme la fuerza necesarias para culminar con éxito mi formación profesional.

A mis queridos padres por brindarme su apoyo que estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y apoyándome e incentivándome a salir siempre adelante.

AGRADECIMIENTOS

- ❖ A la asesora del presente estudio de investigación, por su guía valiosa y apoyo constante durante todo el proceso de asesoramiento.
- ❖ A la persona responsable del Programa de Adulto Mayor del Centro de Salud “Carlos Showing Ferrari”, por su apoyo constante en la identificación de los adultos mayores que se consideraron en el presente trabajo de investigación.
- ❖ A los adultos mayores que participaron en este presente estudio de investigación, por su colaboración activa en la recolección de los datos que permitió que se desarrollara adecuadamente el presente estudio de investigación.
- ❖ A todas aquellas personas que me brindaron su apoyo desinteresado en la formulación y ejecución del presente estudio de investigación.

RESUMEN

Objetivo general: Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia la alimentación saludable en adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari.

Métodos: Se realizó un estudio analítico con diseño correlacional en 85 adultos mayores, a quienes se les aplicó un cuestionario de conocimientos y una escala de actitudes hacia la alimentación saludable en la recolección de datos. En el análisis inferencial se utilizó la prueba del Chi cuadrado con una significancia de $p \leq 0,05$; a través del SPSS Versión 20.0 para Windows.

Resultados: Se encontró relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la alimentación saludable [$X^2 = 25,179$; $p = 0,000$], existe relación entre la dimensión generalidades de conocimiento y las actitudes [$X^2 = 11,825$; $p = 0,003$], hubo relación entre el conocimiento sobre tipos de alimentos y las actitudes [$X^2 = 30,894$; $p = 0,000$]; existe relación entre el conocimiento sobre frecuencia de alimentos y las actitudes [$X^2 = 22,012$; $p = 0,000$]; existe relación entre el conocimientos sobre cantidad de alimentos y las actitudes [$X^2 = 21,064$; $p = 0,000$]; existe relación entre el conocimiento sobre combinación de alimentos y las actitudes [$X^2 = 13,308$; $p = 0,001$]; y por último, existe relación entre el conocimiento sobre la prevención de riesgos con la alimentación saludable y las actitudes de los adultos mayores [$X^2 = 23,063$; $p = 0,000$].

Conclusiones: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la alimentación saludable en la muestra en estudio.

Palabras clave: Nivel de conocimiento, actitud, alimentación saludable, adultos mayores.

ABSTRACT

General objective: To determine the relationship between the level of knowledge and attitude toward healthy eating in older adults who come to the health center Carlos Showing Ferrari.

Methods: An analytical study was conducted correlational design in 85 older adults who were applied a questionnaire of knowledge and a scale of attitudes toward healthy eating in data collection. Chi square test was used with a significance of $p \leq 0.05$ in the inferential analysis; through SPSS version 20.0 for Windows.

Results: Relationship between the level of knowledge and attitudes towards healthy eating [$X^2 = 25,179$ was found; $p = 0.000$], there was general relationship between knowledge and attitudes dimension [$X^2 = 11,825$; $p = 0.003$], there was relationship between knowledge about food types and attitudes [$X^2 = 30.894$; $p = 0.000$]; there was relationship between knowledge about food frequency and attitudes [$X^2 = 22.012$; $p = 0.000$]; there was a relation between the amount of food knowledge and attitudes [$X^2 = 21,064$; $p = 0.000$]; there was relationship between knowledge about food combining and attitudes [$X^2 = 13,308$; $p = 0.001$]; and finally, there was relationship between knowledge on risk prevention with healthy eating and attitudes of older adults [$X^2 = 23.063$; $p = 0.000$].

Conclusions: There is significant relationship between the level of knowledge and attitudes in the study sample.

Keywords: *Level of knowledge, attitude, healthy eating, elderly.*

INTRODUCCIÓN

Al llegar a la tercera edad es muy importante cuidar la forma de alimentarse, ya que esta se relaciona de manera directa con la calidad de vida en el adulto mayor; pues una alimentación adecuada constituye el primer paso para lograr un estilo de vida saludable, siendo importante tener presente que comer no es sólo un placer, sino que también es necesario para satisfacer las necesidades nutritivas para un correcto desarrollo y mantenimiento de las capacidades intelectuales y físicas del ser humano¹.

Una alimentación saludable en el adulto mayor se puede lograr de muchas maneras, para ello es indispensable que los adultos mayores tengan conocimientos idóneos y actitudes adecuadas hacia la alimentación saludable, teniendo en consideración que alimentarse bien es imprescindible para los adultos mayores; pues una buena alimentación les permite tener un estilo de vida saludable, promover su bienestar integral y disminuir la prevalencia de las enfermedades como la hipertensión arterial, diabetes, cáncer, entre otras².

Sin embargo, existen diversos factores que impiden que los adultos mayores tengan una alimentación saludable, entre los que se encuentran que estos ya no pueden prepararse sus alimentos por si solos y necesitan de ayuda para alimentarse, la reducción del número de dientes, entre otros. Si a esto, se le suma los inadecuados conocimientos y actitudes hacia la alimentación saludable, nos encontramos ante una creciente y preocupante problemática que expone a los adultos mayores a la presencia de trastornos nutricionales y a la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles³.

Por ello, el propósito de la presente investigación estuvo orientado a determinar la relación existente entre el nivel de conocimiento y la actitud hacía la alimentación saludable en los adultos mayores considerados en el presente estudio, para que sirva de base para la implementación de estrategias metodológicas y programas de apoyo que permitan promover la importancia de alimentación saludable en el adulto mayor.

En ese sentido, el presente estudio se organizó en cinco capítulos. El primer capítulo comprende el problema, la justificación y los objetivos, de igual modo se consideran la hipótesis y las variables en estudio.

En el segundo capítulo se presenta el marco teórico, el cual incluye los antecedentes del problema de investigación, las bases teóricas y conceptuales para el sustento de tema en estudio y las definiciones de los términos operacionales.

El tercer capítulo se encuentra compuesto por la metodología de la investigación, como tipo de estudio, método de estudio, población y muestra, las técnicas de recolección y análisis de datos.

En el cuarto capítulo se presenta los resultados de la investigación con su respectiva comprobación de hipótesis y en el último y quinto capítulo se muestra la discusión de los resultados.

Por último, se presentan las conclusiones y las recomendaciones derivadas del estudio de investigación; asimismo, se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

INDICE GENERAL DEL CONTENIDO

Pág.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema	14
1.2. Formulación del problema	19
1.2.1. Problema general	19
1.2.2. Problemas específicos	19
1.3. Objetivos	20
1.3.1. Objetivo general	20
1.3.2. Objetivos específicos	20
1.4. Hipótesis	21
1.4.1. Hipótesis general	21
1.4.2. Hipótesis específicas	21
1.5. Variables	23
1.6. Operacionalización de las variables	24
1.7. Justificación de la investigación	26
1.7.1. A nivel teórico	26
1.7.2. A nivel práctico	26
1.7.3. A nivel metodológico	27

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de investigación	28
2.2. Bases teóricas	37
2.2.1. Modelo de Promoción de la Salud	37
2.2.2. Teoría de las Necesidades Humanas Básicas	38
2.2.2. Teoría de la acción razonada	39
2.3. Bases conceptuales	40
2.3.1. Aspectos generales del adulto mayor	40
2.3.2. Clasificación del adulto mayor	41
2.3.3. Definiciones de conocimiento	41
2.3.4. Tipos de conocimiento	42
2.3.5. Definiciones de actitudes	43
2.3.6. Componentes de las actitudes	43
2.3.7. Tipos de actitudes	44
2.3.8. Definición de alimentación saludable	44
2.3.9. Características de la alimentación saludable	46
2.3.10. Leyes de la alimentación saludable	47
2.3.11. Alimentación saludable en el adulto mayor	48
2.3.12. Dimensiones de la alimentación saludable en el adulto mayor	49
2.3.12.1. Tipos de alimentos en la alimentación saludable	50

2.3.12.2. Frecuencia de alimentos en la alimentación saludable	53
2.3.12.3. Cantidad de alimentos en la alimentación saludable	55
2.3.12.4. Combinación de alimentos en la alimentación saludable	55
2.3.12.5. Prevención de riesgos en la salud a través de la alimentación saludable	57
2.4. Definición de términos operacionales	60

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio	61
3.2. Nivel de investigación	62
3.3. Diseño de estudio	62
3.4. Población	63
3.4.1. Criterios de inclusión y exclusión	63
3.4.2. Ubicación de la población en espacio y tiempo	64
3.5. Muestra y muestreo	64
3.5.1. Unidad de análisis	64
3.5.2. Unidad de muestreo	64
3.5.3. Marco muestral	64
3.5.4. Población muestral	65
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	65
3.7. Validez y confiabilidad de los instrumentos	67
3.8. Procedimientos de recolección de datos	70
3.9. Elaboración de datos	70
3.10. Análisis e interpretación de datos	72
3.11. Consideraciones éticas de la investigación	72

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados Descriptivos	74
4.2. Resultados Inferenciales	90

CAPÍTULO V

5. DISCUSION

5.1. Discusión de resultados	97
Conclusiones	105
Recomendaciones	106
Referencias Bibliográfica	108
Anexos	115
Instrumentos de recolección de datos	116
Consentimiento informado	128
Matriz de consistencia	142

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Edad en años de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.	74
Tabla 2. Género de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.	75
Tabla 3. Lugar de procedencia de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.	76
Tabla 4. Características sociales de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.	77
Tabla 5. Características familiares de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.	79
Tabla 6. Percepción del estado de salud de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.	80
Tabla 7. Características relacionadas a la alimentación de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.	81
Tabla 8. Descripción de las generalidades de conocimientos sobre alimentación saludable de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.	82
Tabla 9. Descripción del nivel de conocimiento sobre los tipos de alimentos para una alimentación saludable que tienen los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.	83

Tabla 10.	Descripción del nivel de conocimiento sobre la frecuencia de alimentos para una alimentación saludable que tienen los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.	84
Tabla 11.	Descripción del nivel de conocimiento sobre la cantidad de alimentos para una alimentación saludable que tienen los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.	85
Tabla 12.	Descripción del nivel de conocimiento sobre la combinación de alimentos para una alimentación saludable que tienen los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.	86
Tabla 13.	Descripción del nivel de conocimiento sobre la prevención de riesgos a través de la alimentación saludable que tienen los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.	87
Tabla 14.	Descripción del nivel de conocimiento sobre alimentación saludable de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.	88
Tabla 15.	Descripción de las actitudes hacia la alimentación saludable de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.	89
Tabla 16.	Relación entre las generalidades de conocimientos sobre alimentación saludable y las actitudes de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.	90

Tabla 17.	Relación entre el nivel de conocimiento sobre los tipos de alimentos para una alimentación saludable y las actitudes de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.	91
Tabla 18.	Relación entre el nivel de conocimiento sobre la frecuencia alimentos para una alimentación saludable y las actitudes de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.	92
Tabla 19.	Relación entre el nivel de conocimiento sobre la cantidad alimentos para una alimentación saludable y las actitudes de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.	93
Tabla 20.	Relación entre el nivel de conocimiento sobre la combinación de alimentos para una alimentación saludable y las actitudes de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.	94
Tabla 21.	Relación entre el nivel de conocimiento sobre la prevención de riesgos a través de la alimentación saludable y las actitudes de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.	95
Tabla 22.	Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacía la alimentación saludable de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.	96

ÍNDICE DE ANEXOS

		Pág.
Anexo 1.	Guía de entrevista de características generales aplicada a la muestra en estudio	117
Anexo 2.	Cuestionario de conocimientos sobre alimentación saludable	120
Anexo 3.	Escala de actitud hacía la alimentación saludable	127
Anexo 4.	Consentimiento informado.	129
Anexo 5.	Informe de trabajo de campo	132
Anexo 6.	Constancias de validación por jueces expertos	139
Anexo 7.	Matriz de consistencia	143

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

El proceso de envejecimiento a nivel mundial va a un ritmo sin precedentes en la historia de la humanidad, pues debido al avance de la ciencia y de la tecnología en los servicios de salud, la esperanza de vida en la población ha aumentado de forma considerable, de manera que la vejez ya no es sinónimo de enfermedad, sino que se constituye en una etapa del ciclo vital del ser humano⁴.

El envejecimiento de la población representa uno de los eventos más trascendentales en el mundo, no solo desde el punto de vista demográfico, sino también, económico y social⁵. Al respecto, las proyecciones de las Naciones Unidas para el año 2020 señalan que en el mundo existirán aproximadamente 1,100 millones de adultos mayores que constituirán el 13,7% de la población mundial; esperando que para el año 2025 la población adulta mayor crezca en un 40%⁶.

En Sudamérica, aproximadamente el 8% de la población es adulta mayor; en el Perú, según datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) del 2013 revelaron que el 9,3% de la población peruana eran adultos mayores; estimando que para el 2025, representarán el 12,4% de la población peruana total⁷.

Una alimentación adecuada juega un papel muy importante en el proceso de envejecimiento, de allí la importancia de evaluar la alimentación y el estado nutricional de los adultos mayores, los cuales se encuentran determinados por los requerimientos y la ingesta de

nutrientes, e influenciados por factores como el estilo de vida, el estado de salud y las restricciones socioeconómicas, que alteran significativamente la alimentación y el estado nutricional del adulto mayor, poniéndolos en riesgo de padecer de trastornos nutricionales⁸.

En la tercera edad, el adulto mayor tiende a consumir menor cantidad de alimentos debido a la disminución de la fuerza de contracción de los músculos de masticación, la reducción progresiva de piezas dentales, los cambios en la función del estómago⁹; y por los estilos de vida inadecuados, como el consumo de alimentos de bajo costo ricos en carbohidratos y pobres en proteínas; por otra parte; la falta de actividad física; el incremento de las enfermedades crónicas, y la mala calidad de vida contribuyen a incrementar la presencia de trastornos nutricionales en el adulto mayor¹⁰.

Los problemas de nutrición en el adulto mayor se encuentran relacionadas en gran medida con una deficiente alimentación, causado muchas veces porque el adulto mayor ya no puede prepararse sus alimentos por si solos y necesitan de ayuda porque no pueden desplazarse con la facilidad que lo hacían antes; así como también por la dificultad para masticar que hace que elijan alimentos fáciles de comer pero con escasos nutrientes o el cansancio que les impide cocinar, o la dificultad que tiene el anciano para proveerse de los alimentos adecuados para su alimentación¹¹.

Asimismo, se hace evidente que los ancianos que presentan mayor riesgo de padecer de trastornos nutricionales son aquellos que viven solos y no cuentan con la ayuda familiar suficiente para conseguir

los alimentos que necesitan; pero los ancianos que viven solos no son los únicos que presentan problemas nutricionales, pues al llegar a la vejez se produce también por una pérdida de apetito motivada por un estado anímico bajo y por las dificultades que entraña para la edad el masticar y digerir los alimentos. Por ello, es frecuente que los ancianos vayan reduciendo los alimentos que pueden comer, impidiendo así que el organismo reciba todos los nutrientes que necesita¹².

Una alimentación inadecuada en el adulto mayor se encuentra relacionada con la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles; las cuales son causadas debido a que los adultos mayores tienen hábitos de alimentación inadecuados como el excesivo consumo de alimentos con alto contenido de sal, azúcar, grasas, entre otros; las cuales aunadas al sedentarismo favorecen la incidencia de enfermedades que causan hasta la muerte en los adultos mayores¹³.

Al respecto, un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2014, señala que las enfermedades que causan más muertes en el mundo se relacionan de manera directa con una alimentación desequilibrada; y que el 59% de los 56,5 millones de fallecimientos registrados en el 2013 se debían a enfermedades crónicas causadas por una mala alimentación. La OMS señala que casi el 48 % de la población adulta mayor del continente asiático, y más del 50% del continente europeo sufren de enfermedades crónicas causadas por la mala alimentación¹⁵.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el mundo la alimentación desequilibrada causa anualmente 36 millones

de muertes y en América más de 4,5 millones de muertes, convirtiéndose en el problema de salud más grave que existe en la actualidad; señalando además que en Latinoamérica entre el 25% y 30% de las personas adultas mayores tienen sobrepeso, hígado graso, hipertensión, diabetes, cáncer, causadas por una mala alimentación¹⁶.

En el Perú, en el 2015, se registraron aproximadamente 64 mil defunciones, y las principales causas de muerte fueron la diabetes y las enfermedades hipertensivas¹⁷. Al respecto, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el 2012, reportó que el 34% de los adultos mayores sufren de hipertensión arterial siendo mayor la prevalencia en San Martín (42,7%), Tumbes (40,4 %) y Lima (39,9%)¹⁸.

Según un reporte del Instituto Nacional de Salud (INS) en el 2014, en el Perú el 33,3% de adultos mayores presentaron problemas de obesidad y el 24,8% presentaron delgadez, evidenciando la situación preocupante de esta problemática¹⁹. Al respecto, la ENAHO, en el 2013 señaló que en el 21,8% de los hogares existe al menos una persona adulta mayor que presenta déficit calórico como consecuencia de una mala alimentación²⁰. En Huánuco, según datos del INS, en el 2014, la prevalencia de la delgadez en el adulto mayor fue del 57,9% y del sobrepeso y obesidad fue del 25%, y respecto a la prevalencia de enfermedades no transmisibles fue del 47,2%²¹.

Los problemas relacionados a la mala alimentación en el adulto mayor se encuentran relacionados con la falta de conocimientos sobre la alimentación saludable y su importancia en la prevención de las enfermedades; por ello, muchas veces la cantidad, , combinación y

frecuencia de los alimentos que consumen los adultos mayores no son adecuadas, acrecentándose aún más esta situación por las prácticas alimenticias inadecuadas, debido a la falta de conocimiento que condicionan las actitudes de los adultos mayores al respecto²².

Un estudio realizado en Ecuador encontró que un 68% de adultos mayores tenían conocimientos adecuados, y un 60% presentaron actitudes negativas hacia la alimentación saludable²³. Un estudio realizado en Perú, evidenció que el 54% de adultos mayores presentaron conocimientos medios sobre la alimentación saludable²⁴.

Para esta problemática, la OMS en su Segunda Asamblea Mundial sobre envejecimiento presentó el marco para una política de envejecimiento activo y saludable, similar objetivo persiguió la Asamblea Mundial de la Salud al aprobar la Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, instando a todas las organizaciones e instituciones a desarrollar acciones que propicien una mejora en la dieta alimenticia y reduzcan el sedentarismo²⁵.

En el Perú, el MINSA ha establecido los diez pasos para una alimentación saludable como una medida de orientación para las personas adultas mayores, destacándose la implementación del “Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013 – 2017” estructurado en 4 lineamientos de política: envejecimiento saludable; empleo previsión y seguridad social; participación e integración social y cultura sobre el envejecimiento y la vejez; y la implementación de programas como Pensión 65 y Vida Digna creados para mejorar los niveles de calidad vida de las personas adultas mayores²⁶.

Ante esta realidad problemática se vio la necesidad de realizar una investigación que refleje la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud hacía la alimentación saludable en los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari en el 2015.

1.2. Formulación del problema:

1.2.1. Problema General:

- ¿Existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud hacía la alimentación saludable en los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis en el año 2015?

1.2.2. Problemas Específicos:

- ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre las generalidades de conocimientos y la actitud hacía la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio?
- ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre los tipos de alimentos y la actitud hacía la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio?
- ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre la frecuencia de alimentos y la actitud hacía la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio?
- ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre la cantidad de alimentos y la actitud hacía la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio?
- ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre la combinación de alimentos y la actitud hacía la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio?

- ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre la prevención de riesgos a través de la alimentación saludable y la actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

- Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia la alimentación saludable en adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Identificar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre las generalidades de conocimientos y la actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.
- Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre los tipos de alimentos y la actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.
- Conocer la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre la frecuencia de alimentos y la actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.
- Evidenciar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre la cantidad de alimentos y la actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.
- Evaluar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre la combinación de alimentos y la actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.

- Valorar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre la prevención de riesgos a través de la alimentación saludable y la actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.

1.4. Hipótesis

1.4.1. Hipótesis general

Ho: No existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores usuarios del Centro de Salud “Carlos Showing Ferrari” de Amarilis en el 2015.

Hi: Existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores usuarios del Centro de Salud “Carlos Showing Ferrari” de Amarilis en el 2015.

1.4.2. Hipótesis específicas.

Ho₁: No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre las generalidades de conocimientos y la actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.

Hi₁: Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre las generalidades de conocimientos y la actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.

Ho₂: No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre los tipos de alimentos y la actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.

Hi₂: Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre los tipos de alimentos y la actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.

Ho₃: No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre la frecuencia de alimentos y la actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.

Hi₃: Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre la frecuencia de alimentos y la actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.

Ho₄: No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre la cantidad de alimentos y la actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.

Hi₄: Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre la cantidad de alimentos y la actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.

Ho₅: No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre la combinación de alimentos y la actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.

Hi₅: Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre la combinación de alimentos y la actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.

Ho₆: No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre la prevención de riesgos y la actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.

Hi₆: Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre la prevención de riesgos y la actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.

1.5. Identificación de variables

1.5.1. Variable independiente

Nivel de conocimiento sobre alimentación saludable.

1.5.2. Variable dependiente

Actitud hacia la alimentación saludable.

1.5.3. Variables de caracterización:

- **Características demográficas:**

- Edad.
- Género.
- Lugar de procedencia.

- **Características sociales:**

- Estado civil.
- Religión.
- Grado de instrucción.
- Ocupación.

- **Características familiares:**

- Personas con las que vive.
- Carga familiar.

- **Características del estado de salud:**

- Percepción del estado de salud actual.
- Percepción del estado de salud respecto al año pasado.
- Percepción de que su salud puede empeorar.
- Preparación de alimentos y alimentación.
- Estado de la dentadura.
- Uso de prótesis dental.

- Capacidad de masticar los alimentos.

1.6. Operacionalización de variables.

VARIABLE	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Conocimiento sobre alimentación saludable	Generalidades de conocimiento	Categórica	Bueno Regular Deficiente	Ordinal Politómica
	Tipos de alimentos	Categórica	Bueno Regular Deficiente	Ordinal Politómica
	Frecuencia de alimentos	Categórica	Bueno Regular Deficiente	Ordinal Politómica
	Cantidad de alimentos	Categórica	Bueno Regular Deficiente	Ordinal Politómica
	Combinación de alimentos	Categórica	Bueno Regular Deficiente	Ordinal Politómica
	Prevención de riesgos a través de la alimentación saludable	Categórica	Bueno Regular Deficiente	Ordinal Politómica
VARIABLE DEPENDIENTE				
Actitudes hacia la alimentación complementaria	Única	Categórica	Positivas Negativas	Nominal Dicotómica
VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN				
Características Demográficas	Edad	Numérica	En años	De razón
	Género	Categórica	Masculino Femenino	Nominal Dicotómica
	Lugar de Procedencia	Categórica	Zona urbana Zona rural Zona periurbana	Nominal Politómica
Características Sociales	Estado Civil	Categórica	Soltero (a) Casado (a) Conviviente Separado (a) Viudo (a)	Nominal Politómica

	Religión	Categórica	Católica Evangélica Mormón Atea Otros	Nominal Politómica
	Grado de escolaridad	Categórica	Secundaria incompleta Secundaria completa Superior técnico Superior Universitario	Ordinal Politómica
	Ocupación	Categórica	Jubilado Trabajo dependiente Trabajo independiente No trabaja	Nominal Politómica
Características Familiares	Con quién vive	Categórica	Solo (a) Con su esposo (a) Con sus hijos Con su nietos Con otras personas	Nominal Politómica
	Carga familiar	Categórica	Si tiene No tiene	Nominal Dicotómica
Características del estado de salud actual	Percepción del estado de salud actual	Categórica	Buen estado Regular estado Mal estado	Nominal Politómica
	Percepción del estado de salud respecto al año pasado	Categórica	Ha mejorado Sigue igual Ha empeorado	Nominal Politómica
	Percepción de que su salud puede empeorar	Categórica	Si puede empeorar No puede empeorar No sabe	Nominal Politómica
	Preparación de alimentos y alimentación	Categórica	Con ayuda Sin ayuda	Nominal Dicotómica
	Estado de la dentadura	Categórica	Completa Incompleta	Nominal Dicotómica
	Uso de prótesis dental	Categórica	Si usa No usa	Nominal Dicotómica
	Capacidad de masticar alimentos	Categórica	Si puede No puede A veces puede	Nominal Politómica

1.7. Justificación del estudio

El presente estudio de investigación se justifica por las siguientes razones.

1.7.1. A nivel teórico.

El estudio va reflejar conocimientos y teorías relacionadas a los conocimientos y actitudes hacía la alimentación saludable y se justifica debido a que el presente estudio contribuyó brindando dando un aporte teórico que permitió confrontar las teorías relacionadas al problema en estudio como el **“Modelo de Promoción de la Salud”**, la **“Teoría de la Acción Razonada”** con la realidad que se va evidenciar respecto a los conocimientos y actitudes que expresen los adultos mayores en la recolección de datos, asimismo el presente estudio permitió reafirmar y complementar los modelos teóricos existente relacionados a la alimentación, estado nutricional y estilos de vida de los adultos mayores, proponiendo nuevos enfoques en el abordaje de esta problemática.

1.7.2. A nivel práctico.

El estudio pertenece al área de **“Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades”** en la línea de investigación **“Salud Colectiva”**, teniendo como base que unos de los aspectos fundamentales de la carrera profesional de Enfermería es la promoción de la salud, basadas en la adopción de estilos de vida saludables en los adultos mayores a través de una adecuada alimentación que permita la prevención de los trastornos nutricionales y las enfermedades no transmisibles; y en el presente estudio se

encuentra enfocado en los conocimientos y actitudes de los adultos mayores hacia la alimentación saludable, que permitan un mejor abordaje y afrontamiento multidisciplinario de esta problemática, enfatizadas a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Los resultados del presente estudio de investigación permitirán obtener una información actualizada de la problemática en estudio, siendo importante porque los resultados hallados podrán ser usados como base para crear o llevar a cabo programas educativos tendientes a concientizar a los adultos mayores, familiares y población en general sobre la importancia de la alimentación de la saludable en el adulto mayor en la prevención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles y los trastornos nutricionales.

1.7.3. A nivel metodológico.

El estudio se justifica metodológicamente por la utilización de instrumentos relacionados al conocimiento y actitud de los adultos mayores hacia la alimentación saludable, los cuales fueron sometidos a pruebas de validez y confiabilidad, permitiendo una mejor identificación, comprensión y abordaje de la problemática en estudio.

Asimismo, el presente estudio servirá como antecedente para futuras investigaciones relacionadas a la problemática y variables consideradas en el presente estudio de investigación.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.

Respecto a la problemática en estudio, se pudieron identificar los siguientes antecedentes de investigación:

a) A nivel internacional

En Ecuador, en el 2014, Gonzales²⁷ realizó el estudio titulado “Alimentación Saludable del Adulto Mayor en el Centro de Salud Boca de Caña, del Cantón Samborondón” con el objetivo de determinar los conocimientos actitudes y prácticas sobre alimentación saludable de los adultos mayores. El estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 115 adultos mayores, utilizando un cuestionario de conocimientos, y una escala de actitudes y prácticas en la recolección de los datos. Los resultados que obtuvieron fueron que el 68% de adultos mayores entrevistados tuvieron conocimientos adecuados, mientras que el 32% presentaron conocimientos inadecuados; respecto a las actitudes, el 60% presentaron actitudes positivas y el 40% tuvieron actitudes negativas; y respecto a las prácticas de alimentación saludable, el 58% de adultos mayores tuvieron prácticas alimenticias adecuadas y el 42% restante presentaron prácticas alimenticias inadecuadas relacionadas a la alimentación saludable en el adulto mayor. Concluyendo que existió relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación saludable en los adultos mayores en estudio, y que es recomendable la formulación de una propuesta de intervención al

respecto orientado a la importancia de la alimentación saludable en la mejora de la calidad de vida del adulto mayor.

Este antecedente aportó elementos sustanciales para la construcción del marco teórico y las dimensiones de los instrumentos del presente estudio de investigación.

En Ecuador, en el 2013, Alarcón²⁸ realizó el estudio titulado “Conocimientos y actitudes hacia la alimentación y su relación con el estado nutricional del adulto mayor, Parroquia Bayushig, Cantón Penipe”, con el objetivo de determinar la relación entre los conocimientos y actitudes hacia la alimentación con el estado nutricional de los adultos mayores. El estudio fue de tipo descriptivo correlacional, la muestra estuvo conformada por 75 adultos mayores, utilizando un cuestionario de conocimientos, una escala de actitudes hacia la alimentación y una ficha de valoración nutricional antropométrica en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que el 54% tuvieron conocimientos buenos, el 37% tuvieron conocimientos regulares y el 9% tuvieron deficientes; respecto a las actitudes, el 61% tuvieron actitudes favorables y el 39% mostraron actitudes desfavorables hacia la alimentación; respecto a la valoración del estado nutricional, el 42% de adultos mayores presentaron un estado nutricional norma, un 16% presentó delgadez, el 23% tuvo sobrepeso y un 9% presentó obesidad; concluyendo que existe relación entre los conocimientos y actitudes hacia la alimentación con el estado nutricional de los adultos mayores en estudio.

Este antecedente de investigación aportó elementos para el abordaje teórico de la presente investigación.

En Colombia, en el 2012, Claro, Linders, Flores y Campbell²⁹ realizaron el estudio titulado “Actitudes conocimiento y comportamiento en relación con el consumo de los adultos mayores de una comunidad rural”, con el objetivo de describir las actitudes, los conocimientos y el comportamiento de los adultos mayores al consumo de sal, sus fuentes alimentarias, y las prácticas alimenticias. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 185 adultos mayores, utilizando un cuestionario de conocimientos y una escala de actitudes y comportamientos en la recolección de los datos. Los resultados que encontraron fueron que el 61,3% tuvieron actitudes negativas hacía el consumo de sal en la alimentación, mientras el 38,3% presentaron actitudes positivas, asimismo el 52,6% tuvieron conocimientos buenos sobre el consumo de sal en la alimentación, el 22,3% conocimientos regulares y el 15,1% presentaron conocimientos deficientes; concluyendo que se requieren nuevas iniciativas para incrementar los conocimientos y modificar las actitudes de los adultos mayores respecto al consumo de sal en su alimentación.

Este antecedente de investigación permitió el abordaje teórico del consumo de sal en la alimentación del adulto mayor.

En Ecuador, en el 2012, Pinos³⁰ realizó el estudio titulado: “Atención Integral de los Adultos Mayores de la parroquia de San

Miguel de Porotos Azogues – Cañar”; con el objetivo de determinar la efectividad de la implementación de un programa educativo en la mejora de la salud integral del adulto mayor. El estudio fue de tipo descriptivo, cuasi experimental, la muestra estuvo conformada por 42 adultos mayores, utilizando un test de conocimientos, actitudes y prácticas en la recolección de los datos. Los resultados que encontraron fueron que antes de 83,3% desconocían sobre las enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles; el 85,2% tenían actitudes desfavorables y el 92,8% tenían estilos de vida inadecuados relacionados a su alimentación y actividad física; y luego de aplicación del programa educativo, los resultados que encontraron fueron que el 95,2% conocía sobre las enfermedades crónicas no transmisibles, el 92,4% presentaron actitudes favorables y el 91,8% tenían estilo de vida saludables; concluyendo que el programa educativa fue efectivo en el incremento de los conocimientos, actitudes y prácticas de los adultos mayores en estudio.

Este antecedente se relaciona con el presente estudio, pues permitió el abordaje teórico y conceptual de la alimentación saludable en el adulto mayor.

b) A nivel nacional

En Lima, en el 2014, Álvarez³¹ realizó el estudio de investigación titulado: “Nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre alimentación saludable y prevención de la hipertensión arterial en un Centro de Salud de Lima”, con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos sobre alimentación saludable prevención de

hipertensión arterial en los adultos mayores. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 30 pacientes adultos mayores, utilizando un cuestionario de conocimientos en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que tiene la mayoría de adulto mayores encuestados tenían mayor conocimiento de su peso y de los valores de su presión arterial, asimismo encontró que el 80% tenían conocimientos altos, el 13,4% tenían conocimiento medio y el 6,6% tenía un nivel de conocimiento bajo sobre la alimentación saludable y la prevención de la hipertensión arterial; concluyendo que los adultos mayores tienen conocimientos adecuados respecto a las variables en estudio.

Este antecedente aportó con algunas bases conceptuales a tener en cuenta respecto a los conocimientos sobre alimentación saludable en el presente estudio de investigación.

En Lima, en el 2013, Gómez³² realizó el estudio de investigación titulado: “Conocimiento sobre alimentación saludable en pacientes hipertensos en el Consultorio de Cardiología Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren”, con el objetivo de determinar los conocimientos sobre alimentación saludable en pacientes hipertensos. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 49 pacientes hipertensos; la técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento fue un cuestionario de conocimientos aplicado previo consentimiento informado. Los resultados que

encontró fueron que el 55,1% no conocía y el 44,9% conocía sobre la alimentación saludable; en la dimensión de la conceptualización el 58,5% conocía y el 41,5% no conocía; respecto a la dimensión guía e instrumentos de educación sanitaria el 53,1% no conocía y el 46.9% conocía; respecto a la dimensión grupo de alimentos saludables el 57.1% no conocía y el 42,9% no conocía; y por último, en la dimensión frecuencia y cantidad del consumo de alimentos saludables el 73.5% de encuestados no conocía y el 26.5% si conocía; concluyendo que la mayoría de los pacientes hipertensos no conocían sobre la alimentación saludable.

Este antecedente aportó elementos sustanciales para la construcción del marco teórico de la investigación.

En Trujillo, en el 2012, Bocanegra³³, realizó el estudio titulado “Nivel de conocimiento sobre alimentación saludable y su relación con factores sociodemográficos en adultos mayores de Curgos”, con el objetivo de determinar la relación existente el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable y los factores sociodemográficos en los adultos mayores. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo correlacional; la muestra estuvo conformada por 225 adultos mayores, utilizando un cuestionario de conocimientos y una guía de entrevista sociodemográfica en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que el 74% de adultos mayores presentaron conocimientos buenos, el 20% presentaron conocimientos regulares y el 6% tuvieron conocimientos deficientes sobre la alimentación saludable; siendo los adultos mayores de sexo masculino, del área

urbana, con educación primaria completa y los casados o convivientes los que tuvieron promedios de conocimiento significativamente más altos en relación a los otros grupos comparados; concluyendo que el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable se relaciona con los factores sociodemográficos en los adultos mayores en estudio.

Este antecedente presentó proximidad con el presente estudio, pues permitió delimitar las dimensiones de la variable conocimientos sobre alimentación saludable considerada en el presente estudio.

En Lima, en el 2011, Manrique³⁴ realizó el estudio de investigación titulado: “Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Conde de la Vega Baja” con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores. El estudio fue de tipo cuantitativo, aplicativo, descriptivo correlacional; la muestra estuvo conformada por 63 adultos mayores, utilizando un cuestionario de conocimientos y una escala de actitudes en la recolección de los datos. Los resultados que encontraron fueron que el 52% de los encuestados tuvo un nivel de conocimiento medio, el 27% presentó un nivel de conocimiento alto y un 21% un nivel de conocimiento bajo; respecto a los cuidados de nutrición y alimentación saludable, el 70% conocía sobre los cuidados nutricionales y los alimentos necesarios para conseguir una alimentación saludable, mientras que el 30%

desconocía. En cuanto a las actitudes de la muestra en estudio, el 54% tuvo una actitud de indiferencia hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, el 29% tuvo una actitud de rechazo y el 17% una actitud de aceptación; y respecto a la satisfacción de la necesidad de nutrición y alimentación, la mayoría de adultos mayores entrevistados mostraron una actitud de indiferencia; concluyendo que no existía relación entre el conocimiento y las actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas en el adulto mayor.

Este antecedente se relaciona con el presente estudio debido a que a la variable nutrición y en especial alimentación saludable constituye una de las necesidades básicas que deben ser satisfechas en el adulto mayor, por lo que este antecedente nos orientó en la metodología a seguir en el presente estudio de investigación.

c) A nivel local

En Huánuco, en el 2015, Escalante³⁵ realizó el estudio titulado: “Estado nutricional y su relación con la calidad de vida de las personas adultas mayores en el Asilo Santa Sofía”; con el objetivo de determinar la relación entre el estado nutricional y la calidad de vida de las personas adultas mayores del Asilo Santa Sofía. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo correlacional; la muestra estuvo conformada por 20 personas adultas mayores, utilizando una guía de entrevista de sociodemográfica y dos escalas (Mini Valoración Nutricional y Calidad de Vida WHOQOL – BREF) en la recolección de datos. Los resultados que encontró fueron que no encontró relación

entre estado nutricional y la calidad de vida [$X^2 = 2,622$; $p = 0,550$]; no encontró relación entre el estado nutricional y el bienestar emocional [$X^2 = 4,803$; $p = 0,362$]; no se encontró relación entre estado nutricional y el bienestar físico [$X^2 = 2,552$; $p = 0,282$]; y no se encontró relación entre estado nutricional y el bienestar material [$X^2 = 3,886$; $p = 0,613$]; concluyendo que no existe relación entre el estado nutricional y la calidad de las personas adultas mayores en estudio.

Este antecedente se relaciona con el presente estudio pues el estado nutricional del adulto mayor se encuentra relacionada con los conocimientos y prácticas de alimentación saludable, por lo que permitió abordar diversos conceptos relacionados a las variables en estudio.

En Pillco Marca, en el 2010, Martel, Veramendi, Medina, Villar y Alvarado³⁶ realizaron el estudio de investigación titulado: “Efectividad de talleres de alimentación saludable y el estado nutricional del adulto mayor que acude al Class Pillco Marca”; con el objetivo de determinar la efectividad de talleres de alimentación saludable en el estado nutricional del adulto mayor. El estudio fue de tipo cuantitativo cuasi experimental; la muestra estuvo conformada por 20 adultos mayores utilizando una guía de entrevista y una ficha de mini valoración nutricional en la recolección de los datos. Los resultados que encontraron fueron que respecto a la edad se encontró la mayor proporción tenían 63 y 68 años; en cuanto al género, la mayor proporción fueron mujeres; en cuanto al estado nutricional mejoraron en el post test en comparación a la evaluación inicial; y la percepción

de estado de salud en comparación con personas de su edad mejoró después de participar en los talleres de alimentación saludable; concluyendo que el programa de alimentación saludable mejoró mínimamente el estado nutricional, debido a que el tiempo de administración del programa no fue la adecuada.

Este antecedente se relaciona con el presente estudio pues la alimentación saludable se encuentra relacionada con la prevención de trastornos nutricionales en el adulto mayor, por lo que ayudó en la construcción del marco teórico del presente estudio de investigación.

2.2. Bases teóricas.

A fin de contextualizar el respaldo científico coherente con el problema en estudio, se expone la base teórica que sustenta la presente investigación.

2.2.1. Modelo de Promoción de la Salud

Fue apoyado por Nola Pender, citado por Sakraida³⁷, quien sostuvo que la conducta, los conocimientos y las actitudes están motivadas por el bienestar y potencial humano. Este modelo da respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. El Modelo de Promoción de la Salud pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud, enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretende lograr y que daría origen posteriormente al Modelo de Promoción de la Salud

Pender³⁸, en su modelo de promoción de la salud, afirma que promocionar la salud significa disminuir factores de riesgo y aumentar los factores protectores, cambiando estilos de vida, creando una cultura de la salud y haciendo de ésta un valor. Pender, al plantear su modelo señala que las personas que otorgan gran importancia a su salud, tienen mayor tendencia a conservarla, planteando que las motivaciones personales, creencias y mitos son el motor fundamental que mueve nuestras conductas a favor o en contra de la salud.

En relación al presente estudio, el Modelo de Promoción de la Salud expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en los conocimientos y actitudes de los adultos mayores respecto a la alimentación saludable.

2.2.2. Teoría de las necesidades humanas básicas

Henderson³⁹ concibe el papel del profesional de enfermería como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el autocuidado por parte del paciente.

Henderson⁴⁰ parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer; dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello. Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas

necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores: permanentes (edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física) y variables (estados patológicos).

Las actividades que el profesional de enfermería realiza para suplir o ayudar al paciente (en el caso del presente estudio, al adulto mayor) a cubrir estas necesidades es lo que Henderson denomina cuidados básicos de enfermería; estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en los adultos mayores, describiendo la relación profesional de Enfermería – adulto mayor en tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera⁴¹.

Esta teoría se relaciona con el presente estudio puesto que la alimentación y nutrición constituye una de las necesidades básicas del adulto mayor que deben ser satisfechas adecuadamente, en base a los conocimientos y actitudes que tienen los adultos mayores respecto a la alimentación saludable.

2.2.3. Teoría de la acción razonada

La teoría de la acción razonada fue desarrollada por Fishbein y Ajzen⁴² constituye una teoría general de la conducta humana que estudia la relación entre creencias, actitudes, intenciones y comportamiento de las personas, que se encuentran relacionados con la toma de decisiones a nivel conductual.

La aportación de esta teoría al estudio del comportamiento humano, se debe a que involucra factores como los conocimientos, las creencias y las actitudes, dividiéndolas en conductuales cuando

son particulares a cada sujeto y normativas, cuando son manifiestas de los grupos de pertenencia; así como las actitudes, las normas subjetivas, la motivación para cumplir esas creencias y normas, y la intención hacia la realización de una conducta⁴³.

Esta teoría se relaciona con el estudio por cuanto las actitudes de los adultos mayores en estudio son determinadas por los conocimientos que ellos tengan hacia la alimentación saludable.

2.3. Bases conceptuales.

2.3.1. Aspectos generales del adulto mayor

Existen múltiples definiciones sobre el adulto mayor, pero en la actualidad las más aceptadas son las formuladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde establece el uso del término “adulto mayor” para referirse a las personas mayores de 65 años y de esta manera evitar múltiples denominaciones para las personas que se encuentran en este grupo etáreo como “viejas”, “ancianas”, “gerontes”, entre otras⁴⁴.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera como personas Adultas Mayores a aquellas que tienen más de 60 años de edad, de acuerdo al estándar técnico aplicado, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el proceso de envejecimiento⁴⁵.

El Ministerio de Salud (MINSA) en sus “Lineamientos para la atención integral de personas adultas mayores” define como personas adultas mayores a la población comprendida entre los 60 a más años de edad⁴⁶.

2.3.2. Clasificación del adulto mayor

De acuerdo a las bibliografías consultadas las personas adultas mayores se clasifican en

- a) Persona adulta mayor autovalente:** Es aquella persona adulta mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria que son las actividades funcionales esenciales para el autocuidado (comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse y continencia) y las actividades instrumentales de la vida diaria (cocinar, limpiar, planchar, usar el teléfono, manejar la medicación, manejar el dinero, realizar trabajos fuera de casa o salir fuera de la ciudad)⁴⁷.
- b) Persona adulta mayor frágil:** Se define como aquella que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológico y/o factores sociales asociados con aumento de la susceptibilidad a discapacitarse y a presentar mayor morbilidad y mortalidad⁴⁸.
- c) Persona adulta mayor dependiente o postrada:** se define a aquella persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológico, asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria⁴⁹.

2.3.3. Definiciones de conocimiento

Bertrand⁵⁰ señala que el conocimiento es un conjunto de observaciones que posee el hombre como producto de la experiencia, de lo que ha sido capaz de inferir a partir de estos

Bunge⁵¹, por su parte, define al conocimiento como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros o precisos,

ordenados, fundados, vagos e inexactos, adquiridos de forma científica o empírica. Al respecto, Muñoz⁵² señala que el conocimiento es la capacidad que tiene una persona para resolver un determinado conjunto de problemas con una efectividad determinada.

León⁵³ define el conocimiento en el adulto mayor como el almacenamiento de información, de experiencias, de habilidades y creencias que posee el adulto mayor de manera individual, reflejando la historia propia del adulto mayor

Por ello, se puede definir que el conocimiento es la suma de hechos y principios y se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias vividas y el aprendizaje adquirido, originando cambios en el proceso del pensamiento, acciones o actividades de la persona⁵⁴.

2.3.4. Tipos de conocimiento

El conocimiento desde una perspectiva epistemológica se divide básicamente en dos tipos:

a) Conocimiento empírico u ordinario

Son los conocimientos adquiridos en la vida cotidiana, a través de la experiencia que tiene una persona al realizarse con el mundo durante toda su vida social y que son captados por los sentidos. Este conocimiento se manifiesta a través de un lenguaje simple y natural. Es por este sistema que las personas aprenden sobre su proceso salud enfermedad y suelen complementarlo a su vez con otros medios como periódicos, volantes, relatos y revistas de publicaciones en general⁵⁵.

b) Conocimiento científico o formal

Son aquellas representaciones verdaderas que pueden ser probadas y contrastadas científicamente por tener una base teórica en libros ya existentes dentro de nuestra vida social. Se manifiesta a través de un lenguaje más complejo. Estos conocimientos son brindados por los centros educacionales donde se organiza como conocimiento científico por tener un plan curricular. Estos conocimientos son a su vez dentro de su programación, programas de carácter científico brindados por profesionales o especialistas en un tema específico⁵⁶.

2.3.5. Definición de actitudes.

Según Álava⁵⁷, las actitudes son predisposiciones aprendidas por las personas que influyen en la respuesta hacia determinadas situaciones, objetos, personas o grupos.

Las actitudes son definidas por Moscovici⁵⁸ como el conjunto de creencias, sentimientos y tendencias de un individuo que dan lugar a un determinado comportamiento, orientados hacia las personas, agrupaciones, ideas, temas o elementos determinados.

Por su parte Fishbein y Ajzen⁵⁹ señalan que las actitudes constituyen una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable ante una determinada situación.

2.3.6. Componentes de las actitudes

Los componentes identificados en la formación de las actitudes son los siguientes:

- a) **Componente cognoscitivo.-** Está formada por las percepciones y creencias, así como por la información que tenemos sobre un objeto⁶⁰.
- b) **Componente afectivo.-** Es el sentimiento a favor o en contra de un objeto social; constituye el componente más característico de las actitudes; aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan en el componente cognoscitivo⁶¹.
- c) **Componente conductual.-** Constituye la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de las actitudes⁶².

2.3.7. Tipos de actitudes

Las actitudes que presentan las personas se pueden clasificar de la siguiente manera:

- a) **Actitudes positivas.-** Son aquellas disposiciones que nos ayudan a desenvolvernó frente a las exigencias del ambiente pueden englobarse en lo que se denomina actitud positiva. La actitud positiva se origina al hacer uso de aquellos recursos que esta posee para solucionar sus problemas y dificultades⁶³.
- b) **Actitudes negativas.-** Son aquellas actitudes que no nos permiten progresar, mantener buenas relaciones con los demás, alcanzar nuestras metas y objetivos en la vida⁶⁴.

2.3.8. Definición de alimentación saludable

Palencia⁶⁵ define la alimentación como el conjunto de acciones que permiten introducir en el organismo humano los alimentos, o

fuentes de las materias primas que precisa obtener, para llevar a cabo sus funciones vitales.

La alimentación es definida como el proceso consciente y voluntario, en el que los seres humanos toman del exterior varios tipos de alimentos con el objetivo de recibir nutrientes que luego se transforman en energía y proveen al organismo elementos necesarios para sobrevivir y funcionar correctamente⁶⁶

Por su parte, la alimentación saludable es definida como aquella alimentación que aporta todos los nutrientes esenciales y la energía que cada persona necesita para mantenerse sana, con energía y asegura la incorporación y aprovechamiento de todos los nutrientes que necesitan las personas para crecer y vivir saludablemente⁶⁷.

Una alimentación saludable es aquella que hace posible que el individuo tanto si es adulto como si está en época de crecimiento o se encuentre en alguna situación fisiológica especial, mantenga un óptimo estado de salud. La elección de alimentos se convierte en la práctica cotidiana, en el acto de comer a distintas horas del día, este acto voluntario de ingerir alimentos y combinarlos en los diferentes platos que configuran las comidas es fruto de las distintas normas que cada cultura ha creado de acuerdo con sus características, que en el fondo responden a la necesidad de cubrir sus necesidades nutritivas, respetando sus gustos, costumbres y creencias⁶⁸.

La alimentación saludable suma los conceptos de suficiencia (en energía y nutrientes), variedad (para asegurar tanto los aportes

de macro como de micronutrientes), equilibrio (en las proporciones recomendadas) y adecuación (a las características sociales y culturales de cada individuo o grupo), fomentando un estilo de vida que se apoya en las recomendaciones nutricionales recomendadas para la población según grupos etáreos⁶⁹.

2.3.9. Características de la alimentación saludable.

La alimentación saludable debe presentar las siguientes características:

- a) Debe ser agradable y capaz de proporcionar el equilibrio nutritivo que precisa cada persona en cada etapa de su vida⁷⁰.
- b) Debe ser variada, no existe ningún alimento que contenga todos los nutrientes esenciales, de ahí la necesidad de un aporte diario y variado de todos los grupos de alimentos en las proporciones adecuadas para cubrir las necesidades fisiológicas de nuestro organismo⁷¹.
- c) Debe ser equilibrada y adecuada, las proporciones de los alimentos elegidos deben modificarse para favorecer la variedad alimentaria de modo que la alimentación responda a las necesidades nutricionales de cada persona con sus características y circunstancias particulares⁷².
- d) Debe ser saludable; incluyendo los conceptos de variedad, equilibrio y adecuación junto con las características de un estilo de vida saludable. La OMS asegura, en este contexto, que una dieta con poco consumo de grasas saturadas, azúcar y sal, y mayor consumo de hortalizas y frutas, además de la práctica regular de

alguna actividad física, contribuirá a reducir las altas tasas de muerte y servirá para combatir el aumento constante de las enfermedades crónicas no transmisibles⁷³.

2.3.10. Leyes de la alimentación saludable

Escudero⁷⁴, pionero de la alimentación cinética en América Latina, resumió en cuatro leyes los requisitos de la alimentación saludable. Entre ellas se encuentran:

- a) Ley de la cantidad.-** La cantidad de alimentos ingeridos debe ser suficiente para cubrir las necesidades calóricas y energéticas que el organismo necesita con el fin de mantener el peso normal del mismo⁷⁵.
- b) Ley de la calidad.-** El régimen alimentario debe ser completo para ofrecer al organismo todas las sustancias que necesita para su funcionamiento; debe contener proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales, vitaminas y agua⁷⁶.
- c) Ley de la armonía.-** Las cantidades y los principios de la alimentación deben conservar una porción adecuada entre sí; de igual manera, sino se come en armonía, difícilmente los alimentos incorporados se digieran de manera óptima para que el organismo lo pueda utilizar⁷⁷.
- d) Ley de la adecuación.-** La alimentación del individuo debe ser la apropiada, de ello depende las necesidades propias del mismo. Así, por ejemplo, el régimen alimenticio debe adecuarse de acuerdo, al sexo, edad, actividad, hábitos culturales, estado de salud, y economía; todo esto implica una adecuada elección

de los alimentos, así como una adecuada preparación de los mismos⁷⁸.

2.3.11. Alimentación saludable en el adulto mayor.

La alimentación constituye la base para poder llegar de la mejor forma a la vejez; por ello se puede señalar que aquellas personas que no cuidan su alimentación, llegan muy mal a la vejez, con varios problemas en el organismo como los trastornos nutricionales y la presencia de enfermedades no transmisibles que dificulta su estado de salud⁷⁹.

La alimentación y nutrición es muy importante en esta etapa de la vida, porque permite preservar y mantener la salud, así como limitar complicaciones que son frecuentes en el adulto mayor. En esta etapa, el apetito, así como la cantidad de alimentos ingeridos tiende a declinar, por lo que se debe tener un cuidado especial en la alimentación que permita una nutrición equilibrada y saludable⁸⁰.

Cuando los adultos mayores incorporan dietas saludables en su alimentación pueden revertirse o retrasarse muchos de los cambios asociados al proceso del envejecimiento, asegurando de este modo, que muchos de ellos puedan continuar viviendo en forma independiente y disfrutando de una buena calidad de vida, que les permita participar activamente dentro de la familia y de la comunidad⁸¹.

En primer lugar, la dieta de las personas adultas mayores debe suponer un mayor aporte de compuestos como el calcio, el hierro o la vitamina D; valorando los cambios físicos y mentales de cada

persona, adecuando la dieta y buscando el equilibrio nutricional necesario para mejorar la calidad de vida, evitando el sedentarismo en la vejez⁸².

La dieta para el adulto mayor debe ser equilibrada, variada y gastronómicamente aceptable; la comida debe ser fácil de preparar, estimulante del apetito y bien presentada, apetecible, de fácil masticación y digestión. Para ello es importante consumir alimentos variados, que contengan proteínas, hidratos de carbono, lípidos, sales minerales y vitaminas, incorporando regularmente alimentos ricos en fibras, consumiendo preferentemente carnes blancas o carnes rojas magras; prefiriendo los alimentos preparados al horno, asados, a la plancha o cocidos al vapor; evitando el uso excesivo de sal y azúcar, e incluyendo un consumo mínimo de dos litros de agua diarios, evitando en lo posible los ayunos prolongados⁸³.

Asimismo, es conveniente contar con alimentos ricos en selenio, como el arroz, la avena o los duraznos, porque protegen al corazón y favorecen el sistema inmunitario, siendo eficaces contra la aparición de algunos tipos de cáncer, como el de colon, próstata o el pulmón, entre otras enfermedades⁸⁴.

Por ello, se debe tener presente que una alimentación saludable y una vida activa ayuda a prevenir las enfermedades y permite aumentar la calidad de vida de las personas mayores⁸⁵.

2.3.12. Dimensiones de la alimentación saludable en el adulto mayor

La alimentación saludable presenta las siguientes dimensiones:

2.3.4.2. Tipos de alimentos en la alimentación saludable.

Una dieta saludable o equilibrada se define como: aquella que aporta una cantidad adecuada y variada de alimentos, proporciona nutrientes necesarios para que funcione de manera correcta en el organismo; en el adulto mayor se recomienda que en la alimentación se incluya todo los tipos de alimentos, en una proporción correcta, que sean nutritivos y ayuden a mantener un buen estado de salud⁸⁶.

Cabe resaltar que no existe un solo alimento o grupo de alimentos que aseguren un soporte nutricional completo en el adulto mayor, pues un solo grupo alimenticio no posee los nutrientes necesarios para cumplir con las diversas funciones del organismo; por ello se menciona una alimentación saludable en la vejez es que es aquella que proporciona la cantidad de nutrientes necesarios para el organismo en el adulto mayor⁸⁷.

Dentro de los tipos de alimentos para una alimentación saludable se encuentran los distintos grupos alimenticios que proporcionan una serie de propiedades nutritivas en las personas, entre los cuales, dentro de la alimentación del adulto mayor se estudiará los siguientes alimentos en base a las recomendaciones formuladas en la pirámide alimenticia⁸⁸:

a) Cereales y tubérculos.- Son alimentos ricos en carbohidratos; la principal característica nutricional de este grupo es su contenido en glúcidos complejos en forma de almidón o fécula. Si además, están elaborados a partir de harinas poco refinadas, su contribución al aporte de fibra alimentaria es considerable;

no debe olvidarse que estos alimentos también contienen una cantidad considerable de proteínas, vitaminas del grupo B y sales minerales⁸⁹.

b) Verduras, hortalizas y legumbres.- Estos alimentos, ricos en agua, también lo son en minerales, oligoelementos, vitaminas y fibra alimentaria, aunque de bajo aporte energético, su densidad nutricional no es despreciable. Es aconsejable alternar el consumo entre crudas y cocidas, sin olvidar las más pigmentadas por su aporte en antioxidantes⁹⁰.

c) Frutas.- Son alimentos ricos en agua, minerales, oligoelementos, vitaminas y fibra alimentaria. El contenido en azúcar es muy variable, oscilando entre el 6.5 y el 20% en los melones y plátanos, respectivamente. El consumo variado de estos alimentos asegura un aporte nutricional más completo, dada la variabilidad en el contenido vitamínico de estos, en función de su nivel de maduración y estacionalidad; rescatándose su contenido en antioxidantes que son beneficiosas para la prevención del envejecimiento⁹¹.

d) Lácteos y sus derivados.- Es importante por su alto contenido en proteínas de alto valor biológico y en calcio. El aporte energético de este alimento varía en función de su contenido en grasas; también el porcentaje de humedad de los quesos está relacionado con el aporte del resto de nutrientes, su contenido en proteínas, calcio y sodio puede ser parecido al de la leche, en el caso de los quesos frescos, o muy superior en el caso de

los quesos curados. El contenido en lactosa también varía de la leche al yogur y otras leches fermentadas, y de estas al queso curado; no debe olvidarse que los postres lácteos contienen con frecuencia una considerable cantidad de azúcar; otro elemento que hay que tener en cuenta es la presencia de microorganismos vivos reguladores de la flora intestinal presentes en las leches fermentadas⁹².

e) Carnes (pollo, pescado, res y sus derivados).- Los alimentos de este grupo contienen gran cantidad de proteínas de alto valor biológico, contenido de hierro altamente biodisponible, vitaminas del grupo B, minerales y oligoelementos. Estos alimentos desempeñan un papel fundamental en el equilibrio nutricional siempre que se consuman en cantidades razonables y los que sean menos grasos; Por esta razón las recomendaciones actuales invitan a un mayor consumo de pescado y carne de aves⁹³.

f) Grasas y aceites.- Este grupo de alimentos además de poseer un valor energético importante, contienen ácidos grasos esenciales y vitaminas liposolubles, utilizados como el aliño y como elemento de cocción, el consumo de estos alimentos debe ser variado y medido⁹⁴.

g) Alimentos complementarios.- Como los azúcares y dulces, los productos de bollería, pastelería, chocolates y aperitivos. Estos alimentos deben consumirse de forma ocasional y en pequeñas cantidades ya que no ofrecen ninguna sustancia nutritiva

indispensable para el organismo, por eso se le conoce como fuente de calorías vacías⁹⁵.

h) Agua.- El agua se encuentra presente en todos los alimentos en distinta cantidad, en algunos casos es el componente principal y, en otros, el contenido es escaso, el agua es en sí un alimento indispensable para el mantenimiento de la vida, ya que todas las reacciones químicas de nuestro organismo tienen lugar en un medio acuoso. Además, ayuda a prevenir el estreñimiento y a normalizar el tránsito intestinal, por lo que se recomienda el consumo de aproximadamente 2 litros de agua por día⁹⁶.

2.3.4.3. Frecuencia de alimentos en la alimentación saludable.

El adulto mayor dentro de la alimentación debe consumir cuatro alimentos en forma diaria: desayuno, refrigerio, almuerzo y cena; divididos en horarios adecuados y manteniendo un horario fijo todos los días al consumir sus alimentos, que garantice con ello una adecuada digestión en el adulto mayor⁹⁷.

Las recomendaciones para una alimentación saludable respecto a la frecuencia de alimentos en el adulto mayor son las siguientes⁹⁸:

- Las carnes, vísceras y sus derivados deben ser consumidos de tres a cuatro veces por semana.
- Los lácteos deben ser incluidos dentro de la alimentación del adulto mayor todos los días.

- Las menestras deben ser consumidas tres a cuatro veces por semana
- Los cereales deben ser consumidos todos los días, priorizando el consumo alternativo de las distintas variedades (arroz, quinua, kiwicha, etc.)
- Los tubérculos deben ser consumidos todos los días, por su contenido ricos en carbohidratos que brindan energía a los adultos mayores
- Las frutas y verduras deben ser consumidas todos los días por el adulto por su alto contenido en proteínas, vitaminas y debido a sus propiedades antioxidantes.
- Se recomienda el consumo de agua hervida todos los días.
- Se recomienda no consumir alimentos ricos en grasas como la mantequilla, margarina, entre otros; pero en caso de hacerlo el consumo de este tipo de alimentos en el adulto mayor debe ser realizado en forma ocasional.
- Se recomienda no consumir comidas chatarra (salchipapa, pollo a la brasa, hamburguesa, chizitos, etc.) o hacerlo solo en forma ocasional, debido a las diversas enfermedades a las que están expuestos los adultos mayores.
- Y por último, no se recomienda el consumo de dulces y bebidas gaseosas en los adultos mayores, pues no aportan ningún beneficio nutricional y son nocivas para la salud; en caso de que el adulto mayor desee consumirla, su consumo debe ser realizado en forma ocasional⁹⁹.

2.3.4.4. Cantidad de alimentos en la alimentación saludable.

El número apropiado de alimentos que se debe ofrecer al adulto mayor durante el día, depende de la densidad energética de los alimentos y las cantidades consumidas en cada comida, la frecuencia y cantidad diaria de comidas ha sido estimada en función a la necesidades nutricionales de los adultos mayores. Para una alimentación saludable en el adulto mayor, las cantidades de alimentos recomendadas por grupos alimenticios son¹⁰⁰:

- El consumo de cereales debe ser de 2 a 3 tazas o porciones por día y el consumo de tubérculos debe ser dos unidades cocidas al día en sus diversas variedades; los alimentos lácteos deben ser consumidos por el adulto mayor 2 a 3 veces al día.
- El consumo de carnes (pollo, pescado, res, chanco, etc.) y vísceras debe ser de una ración al día; asimismo, el consumo recomendado de menestras es de una taza cocida por día.
- En el adulto mayor el consumo de verduras diario debe ser de más de 2 raciones de verduras cocidas o en ensalada; y el consumo de frutas debe ser de 4 a 5 unidades por día.
- También se recomienda consumir en forma diaria 8 vasos de agua (2 litros) y evitar en lo posible el consumo de comida chatarra, dulces, y otras ricas en grasas por los efectos perjudiciales para la salud del adulto mayor¹⁰¹.

2.3.4.5. Combinación de alimentos en la alimentación de saludable.

La combinación de alimentos en la alimentación en la vejez consiste en proporcionar a los adultos mayores una dieta variada y

balanceada incluyendo todos los grupos alimenticios en porciones razonables de acuerdo a sus necesidades energéticas y sus requerimientos nutricionales. La combinación adecuada de los alimentos tiene mucha importancia porque ayuda a mejorar el estado nutricional, la salud y la calidad de vida de los adultos mayores¹⁰². Dentro de la combinación de alimentos para una alimentación saludable se recomienda lo siguiente:

- Preparar comidas en formas variadas y atractivas, tomando en cuenta la combinación de colores, olores, sabores intensos utilizando hierbas aromáticas distintas y olores naturales en cantidades generosas, así como vigilar la temperatura de los alimentos (ni muy frío ni muy caliente).
- Incluir vegetales de color verde y acompañar las comidas con frutas naturales como limón, naranja, plátanos, manzana, etc. Los refrescos elaborados con frutas ácidas pueden ser mejor aceptados si se preparan hervidas con arroz o mezclados con el agua de la linaza hervida y colada.
- Preparar carnes suaves, cortadas en trocitos o molidas, con salsa o como parte de otros platillos (arroces, picadillos, estofados, sopas). Si a la persona adulta mayor por motivos diversos se le dificulta consumirlas, debe de licuarlas y agregarla con otros alimentos.
- Utilizar condimentos naturales como ajo, culantro, cebolla, apio, tomillo, orégano, albahaca, entre otros; para realzar el sabor de las comidas.

- No se debe combinar los alimentos con bebidas alcohólicas (cerveza, vino, etc.) por sus efectos perjudiciales para la alimentación y salud de las personas adultas mayores¹⁰³.

2.3.4.6. Prevención de riesgos en la salud a través de la alimentación saludable.

Durante el proceso de envejecimiento se producen cambios fisiológicos tanto en la esfera orgánica como en la mental; los cuales con el paso de los años predisponen a una serie de eventos fisiopatológicos que llevan al adulto mayor a presentar variadas enfermedades, que se encuentran relacionadas con los alimentos que se consume en esta etapa de la vida¹⁰⁴. Al respecto Girolami¹⁰⁵ señala que una mala alimentación en los adultos mayores incrementa el riesgo de padecer de enfermedades, los hace vulnerables a infecciones, que pueden ser motivo de muerte, deteriorar la capacidad funcional y afectar la calidad de vida.

En la vejez, el adulto mayor se encuentra expuesto a la presencia de las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, hipertensión arterial, osteoartritis, entre otras; y a diversos trastornos de tipo nutricional causadas por una mala alimentación¹⁰⁶. Para la prevención de los trastornos nutricionales y de las enfermedades no transmisibles y otras enfermedades propias del envejecimiento a través de la alimentación saludable se formulan las siguientes recomendaciones¹⁰⁷:

Ante la dificultad de los adultos mayores para la masticación de ciertos alimentos, se recomienda iniciar una dieta blanda mecánica

con alimentos de fácil masticación, teniendo en consideración que masticar bien los alimentos, comer y beber despacio ayuda a prevenir el estreñimiento y las flatulencias que causan espasmos intestinales y distensión abdominal en el adulto mayor¹⁰⁸.

Se recomienda aumentar el consumo de alimentos ricos en fibra, como legumbres, frutas y verduras crudas, pan y cereales integrales; pues la fibra de estos alimentos ayuda a bajar el colesterol y mejora la digestión en los adultos mayores. Asimismo, se aconseja el consumo de alimentos ricos en selenio, como el arroz y la avena, porque protegen al corazón y favorecen el sistema inmunitario, siendo eficaces contra la aparición de algunos tipos de cáncer, como el de colon, próstata, pulmón entre otros¹⁰⁹.

El consumo excesivo de hidratos de carbono puede provocar caries dentales, sobrepeso y obesidad, alteración de los niveles de lípidos en sangre (triglicéridos, por un exceso de azúcares), diabetes, intolerancia a la lactosa o a la galactosa; por lo que se recomienda evitar el consumo de alimentos con cantidades excesivas de azúcar dentro de la alimentación del adulto mayor; pues a partir de los 65 a 70 años, el nivel de azúcar en la sangre es, con frecuencia, más elevado que los valores normales¹¹⁰.

En el adulto mayor, se recomienda reducir la cantidad del consumo de sal en la alimentación, evitando los alimentos salados, pues el consumo de sal favorece la retención de líquidos y predispone a la presencia de hipertensión arterial en el adulto mayor. También se recomienda evitar o reducir el consumo de

alimentos con alto contenido de grasas; pues la ingesta exagerada de este tipo de alimentos se encuentra relacionadas con los niveles altos de colesterol, que aumenta el riesgo de las enfermedades cardiovasculares¹¹¹. La deficiencia de hierro es un problema común a medida que se envejece y esto por lo general provoca anemia, cuyos síntomas son debilidad, fatiga y deterioro de la salud; por ello se recomienda el consumo de la vitamina C, contenida en frutas cítricas, que ayudan al organismo a absorber el hierro de los alimentos que lo contengan¹¹².

Los lácteos deben ser incluidos las comidas en el adulto mayor; pues el calcio que contiene es esencial para limitar los riesgos relacionados con la osteoporosis, que es la responsable, en particular de las fracturas de la muñeca y caderas en el adulto mayor¹¹³. Se recomienda también disminuir el consumo de té y café, porque alteran el sueño y son diuréticos, que contribuyen a la deshidratación en el adulto mayor, en especial cuando se toma poco líquido. Por ello, se aconseja el consumo de 2 litros de agua al día, pues ayuda a prevenir el estreñimiento y a normalizar el tránsito intestinal, permitiendo una adecuada digestión en el adulto mayor¹¹⁴.

Por su parte, se recomienda disminuir el consumo de bebidas gaseosas y alcohólicas, pues el alcohol modifica el efecto de los medicamentos, aumenta el riesgo de accidentes, caídas y fracturas y eleva la presión sanguínea. Asimismo, se aconseja la práctica de la actividad física en el adulto mayor, evitando el sedentarismo y

procurando siempre mantener un peso ideal que permitirá mantener un estado nutricional adecuado¹¹⁵.

Por ello, la Organización Mundial de la Salud asegura, en este contexto, que una dieta saludable con poco consumo de grasas saturadas, azúcar y sal, y mayor consumo de verduras y frutas, además de la práctica regular de alguna actividad física, contribuirá a reducir las altas tasas de muerte y servirá para combatir el aumento constante de las enfermedades no transmisibles¹¹⁶.

2.4. Definición de términos operacionales

Nivel de conocimiento.- Constituye el conjunto de conceptos teóricos y prácticos que tienen los adultos mayores usuarios del Centro de Salud “Carlos Showing Ferrari” respecto a la alimentación saludable; divido operacionalmente en el presente estudio en 6 dimensiones: generalidades de conocimientos, conocimientos sobre los tipos de alimentos, conocimientos sobre la frecuencia de alimentos, conocimientos sobre la cantidad de alimentos, conocimientos sobre la combinación de alimentos y conocimientos sobre la prevención de riesgos de a través de la alimentación saludable.

Actitudes.- Constituye la forma de pensar, sentir y actuar que tienen los adultos mayores hacia la alimentación saludable; dividida operacionalmente en el presente en una única dimensión dirigida a evaluar las actitudes hacia la alimentación saludable en el adulto mayor usuario del Centro de Salud “Carlos Showing Ferrari”..

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio.

Según los objetivos de la investigación el presente estudio fue de tipo **analítico**, porque se estudió el fenómeno de acuerdo a las características propias de la población y la magnitud del problema sin dar seguimiento posterior a la realidad observada, pues el estudio estuvo dirigido a determinar la situación de las variables en estudio, que sirvieron para la caracterización del problema en estudio.

De acuerdo a la intervención de la investigadora, fue de tipo **observacional**, puesto que no existió intervención de la investigadora, y los datos obtenidos reflejaron la relación entre los conocimientos y la actitud hacia la alimentación saludable de los adultos mayores considerados en el presente estudio.

Según la planificación de la toma de datos, fue de tipo **prospectivo**, porque se recolectó la información a medida que iban ocurriendo los fenómenos que representaron las características de las variables en el momento de los hechos, estableciendo la relación entre los conocimientos y la actitud hacia la alimentación saludable en la muestra considerada en el presente estudio.

Por el número de ocasiones que se midieron las variables, fue de tipo **transversal**, porque se estudiaron las variables simultáneamente en un determinado periodo de tiempo, que permitió presentar la información obtenida tal y como se presentó en un determinado periodo de tiempo y espacio.

El enfoque de esta investigación, corresponde al tipo cuantitativo, que se fundamenta en la medición de los componentes de los conocimientos y la actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio

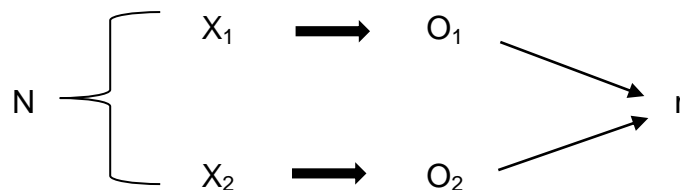
3.2. Nivel de la investigación.

El presente estudio corresponde al nivel explicativo, dado que su finalidad fue explicar el comportamiento de una variable en función de otra; planteando una relación causa – efecto; requiriendo por tanto, de un control de tipo metodológico y estadístico en el procesamiento de los datos.

3.3. Diseño de estudio.

El diseño utilizado en la presente investigación fue el de tipo **analítico correlacional**, tal como se presenta en el siguiente esquema:

DIAGRAMA:



Dónde:

- N** : Muestra de adultos mayores
- X₁** : Conocimiento sobre alimentación saludable.
- X₂** : Actitudes hacia la alimentación saludable
- O₁** : Observación 1.
- O₂** : Observación 2.
- r** : Relación entre las variables.

3.4. Población.

La población considerada en el presente estudio de investigación estuvo conformada por todos los adultos mayores inscritos en el Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud “Carlos Showing Ferrari”, que según datos obtenidos de los registros diarios proporcionados por la Licenciada en Enfermería Primitiva Grados Ayala, coordinadora del Programa del Adulto Mayor de esta institución estuvieron conformadas por 85 adultos mayores.

3.4.1. Características generales de la población.

a) Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio a los adultos mayores que cumplieron con las siguientes características:

- Estuvieron inscritos y acudieron al Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud “Carlos Showing Ferrari”.
- Se encontraron lúcidos, orientados en tiempo, espacio y persona.
- Aceptaron participar voluntariamente del estudio mediante la firma del consentimiento informado.

b) Criterios de exclusión.

No se incluyeron en el estudio a los adultos mayores que tuvieron las siguientes características:

- Presentaron enfermedades crónicas que generaron limitación completa de su dependencia.
- Presentaron episodios de enfermedades agudas en el momento de la medición.

- Presentaron alteraciones mentales (alzhéimer, y otros relacionados).
- No aceptaron participar del estudio (rechazaron el consentimiento informado)
- No concluyeron con el llenado de las respuestas del instrumento de investigación en un 100%

3.4.2. Ubicación de la población en el espacio y tiempo.

- ❖ **Ubicación en el espacio:** El estudio de investigación se realizó en las instalaciones del Centro de Salud “Carlos Showing Ferrari”, que se encuentra ubicado en el Jr. Miguel Grau N° 212, en la localidad de Paucarbamba, distrito de Amarilis, provincia y departamento de Huánuco.
- ❖ **Ubicación en el tiempo:** Fue de acuerdo a la duración de la ejecución del presente estudio, se realizó en los meses de Octubre a Diciembre del 2015.

3.5. Muestra y muestreo.

3.4.1. Unidad de análisis.

Adulto mayor usuarios del Centro de Salud “Carlos Showing Ferrari”

3.4.2. Unidad de muestreo.

La unidad de muestreo seleccionada en la presente investigación fue igual que la unidad de análisis.

3.4.3. Marco muestral.

Relación o listado de plantilla de adultos mayores inscritos en el Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud “Carlos Showing Ferrari”

Ferrari”, que se construyó en una hoja de cálculo del programa EXCEL – 2013.

3.4.4. Población muestral.

Por ser una población pequeña se vió por conveniente, usar el método de población muestral, incorporando como muestra a la población total de estudio, a todos los adultos mayores inscritos en el Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud “Carlos Showing Ferrari”, que según datos obtenidos de los registros de esta institución, la población muestral estuvo constituida por 85 adultos mayores. “Carlos Showing Ferrari”

3.6. Métodos e instrumentos utilizados en la investigación

3.4.5. Métodos.

El método usado en el presente estudio fue la encuesta, con la finalidad de obtener información respectiva de los conocimientos y las actitudes hacía la alimentación saludable en los adultos mayores considerados en el presente estudio de investigación.

3.4.6. Instrumentos.

Entre los instrumentos que fueron empleados dentro de la presente investigación tenemos los siguientes:

- **Guía de entrevista de características generales (Anexo Nº 01)**

Este instrumento sirvió para identificar las características generales de los adultos mayores en estudio; estuvo constituida por 17 preguntas divididas en 4 dimensiones: características demográficas (edad, género y lugar de procedencia), características sociales (estado civil, religión, grado de escolaridad

y ocupación), características familiares (con quien vive, carga familiar) y características del estado de salud (percepción del estado de salud actual, estado de salud de hace un año, percepción de que su salud puede empeorar, prepara sus alimentos sin ayuda, dentadura completa, uso de prótesis dental, masticación de alimentos y evaluaciones médicas periódicas).

- **Cuestionario de conocimientos sobre alimentación saludable (Anexo N° 02)**

Este instrumento fue utilizado para identificar los conocimientos sobre alimentación saludable; el cual estuvo constituido por 44 ítems divididos en 5 dimensiones: generalidades de conocimientos sobre la alimentación saludable, conocimientos sobre los tipos de alimentos, conocimientos sobre la frecuencia de los alimentos, conocimientos sobre la cantidad de los alimentos, conocimientos sobre la combinación de los alimentos y prevención de riesgo a través de la alimentación saludable.

La valoración de los ítems se realizó de acuerdo a la respuesta que se consideró como correcta o incorrecta, asignándose un puntaje 1 para cada respuesta correcta y de 0 puntos para cada respuesta incorrecta.

La medición para la variable conocimientos sobre alimentación saludable se ejecutó de la siguiente forma: deficiente = 0 a 14 puntos, regular = 15 a 29 puntos, y bueno = 30 a 44 puntos.

- **Escala de actitudes hacía la alimentación saludable (Anexo N° 03)**

Este instrumento fue de elaboración propia y fue utilizado para identificar las actitudes hacía la alimentación saludable de los adultos mayores considerados en el presente estudio; estuvo constituido por 30 preguntas a través de las cuales se evaluaron diversos aspectos relacionados a la temática en estudio.

La valoración de los ítems se hizo de acuerdo a la respuesta que se consideró como actitud positiva o negativa, asignándose un puntaje de 4 y 5 puntos para cada actitud positiva y de 1,2 y 3 puntos por cada actitud negativa identificada en el estudio.

La medición para la variable actitudes hacía la alimentación saludable se ejecutó de la siguiente forma: actitudes negativas =30 a 90 puntos y actitudes positivas = 91 a 150 puntos.

3.5. Validación de los instrumentos de recolección de datos

Para la validación de los instrumentos de recolección de datos usado en el presente estudio de investigación se tomó en cuenta la validación cualitativa y cuantitativa siguiendo los siguientes procedimientos:

En la validación cualitativa se tuvo en cuenta la “validación por aproximación a la población o validez de respuesta”, donde se realizó una entrevista previa con diversos adultos mayores, donde se evidenció de manera espontánea los ítems que fueron consideradas dentro de las dimensiones comprendidas en los instrumentos de investigación que fueron utilizados en el presente estudio; asimismo

se realizó “la validez racional”, donde se recolectó toda la información bibliográfica disponible en las diversas literaturas respecto a la variables en estudio, conocimientos y actitudes hacía la alimentación saludable, de modo que permitió una adecuada delimitación teórica del problema en estudio.

Posteriormente se realizó la validación mediante el juicio de expertos, con el objetivo de determinar la validez de contenido del instrumento, para así tratar de determinar hasta dónde los ítems serán representativos de las variables que se midieron en el estudio de investigación (Conocimientos y actitudes hacía la alimentación saludable); realizándose los siguientes procedimientos:

Se seleccionaron 04 jueces expertos, los cuales contaron con las siguientes características (grado de magister o doctor, ser docente del área de investigación, profesionales de enfermería, y especialistas en el tema); quienes juzgaron la “bondad” de los ítems de los instrumentos, en términos de relevancia o congruencia de los reactivos con el universo de contenido, la claridad y la tendenciosidad o el sesgo en la formulación de los ítems.

Del mismo modo, los expertos evaluaron la objetividad, estrategia, consistencia, estructura, suficiencia, pertinencia, claridad y vigencia de cada uno de los ítems utilizados en la medición de las variables en estudio. Para este fin, cada experto recibió la información por escrito acerca del propósito del estudio, objetivos, hipótesis, operacionalización de las variables entre otros documentos; asimismo, se recibieron una hoja de instrucciones para evaluación de

jueces donde se especificaron las categorías evaluadas; una hoja de respuestas, donde cada experto asignó un puntaje específico por cada ítem evaluado y la constancia de validación respectiva, donde dejó constancia de haber realizado la evaluación respectiva especificando sugerencias para mejorar el instrumento en aras de obtener resultados válidos respecto a las variables en estudio.

Asimismo, la validez cuantitativa se realizó a través de la validez de constructo, donde se comprobó en qué medida los instrumentos de investigación en el presente estudio reflejaron los conceptos que se midieron. Para lograr este objetivo fue necesario estimar la confiabilidad del instrumento del presente estudio de investigación, considerándose los siguientes procedimientos.

Se realizó una prueba piloto para someter todos los instrumentos de recolección de datos a prueba en nuestro contexto e identificar dificultades de carácter ortográfico, palabras poco comprensibles, ambigüedad de las preguntas y el control del tiempo necesario para cada instrumento. Esta pequeña prueba se realizó en el Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud – Class Pillco Marca, y se tomaron en cuenta a los adultos mayores que tuvieron características similares a nuestra muestra en estudio.

Posteriormente se procedió a determinar el análisis de confiabilidad respectiva de los instrumentos; al realizar el análisis de confiabilidad del instrumento **“Cuestionario de conocimientos sobre alimentación saludable”**, a través del coeficiente de KR – 20 de Kuder Richardson, se obtuvo un valor de confiabilidad de 0.81, que

indicó que tenía un grado de confiabilidad alto, validando su uso en el presente estudio. Asimismo se determinó la confiabilidad del instrumento **“Escala de actitudes hacía la alimentación saludable”** a través del coeficiente del alfa de Crombach, obteniéndose un valor de confiabilidad de 0.86, que indicó un nivel alto de confiabilidad, validando su uso en el estudio de investigación.

3.6. Procedimientos de recolección de datos

Autorización.- Para obtener los permisos respectivos para la aplicación del trabajo de campo, se realizaron las coordinaciones respectivas con el director del Centro de Salud “Carlos Showing Ferrari” a través de la emisión de solicitudes, oficios y la respectiva entrevista personal con la finalidad de explicar el objetivo de la realización del presente trabajo de investigación y asimismo solicitar la autorización respectiva para la recolección de datos a través de la aplicación de los instrumentos en las adultos mayores considerados en el estudio en las instalaciones del establecimiento de salud.

Aplicación de instrumentos.- Para la recolección de datos se contó con la ayuda de un personal que fue previamente capacitado, realizando la recolección de los datos de acuerdo a un cronograma de actividades establecido; y el tiempo promedio para la aplicación del instrumento fue de aproximadamente 20 minutos en cada uno de los adultos mayores considerados en el estudio.

3.7. Elaboración de los datos.

Para la elaboración de los datos de la presente investigación se tuvo en cuenta las siguientes etapas:

- **Revisión de los datos.-** En esta etapa se examinó en forma crítica los instrumentos de recolección de datos utilizados en el estudio; realizando el control de calidad respectivo a cada uno de los instrumentos de investigación, que permitieron realizar las correcciones necesarias en los instrumentos de investigación, verificando que todas las preguntas estuvieran contestadas y volviendo a preguntar al adulto mayor si es que había alguna pregunta que faltaba responder.
- **Codificación de los datos.-** Se realizó la codificación de las respuestas proporcionadas por los adultos mayores en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos, según las variables consideradas en el estudio. Los datos se clasificaron de acuerdo a las variables en forma categórica, numérica y ordinal.
- **Procesamiento de los datos.-** Luego de la recolección de datos estos fueron procesados en forma manual, mediante el programa de Excel 2013, previa elaboración de la tabla de código y tabla matriz física; posteriormente para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SSPS 20.00.
- **Plan de tabulación de datos.-** En base a los resultados obtenidos, y para responder al problema y los objetivos planteados inicialmente, se tabularon los datos en cuadros de frecuencias y

porcentajes, para la parte descriptiva de la investigación, lo que facilitó la observación de las variables en estudio, conocimientos y actitudes hacía la alimentación saludable en los adultos mayores considerados en el presente estudio.

- **Presentación de datos.-** Se presentaron los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio, realizando el análisis e interpretación de los mismos de acuerdo al marco teórico correspondiente a los conocimientos y actitudes hacía la alimentación saludable en la muestra considerada en estudio.

3.8. Análisis e interpretación de datos.

- **Análisis descriptivo.-** Se detallaron las características evidenciada de las variables según grupos de estudio, de acuerdo al tipo de variable en que se trabajaron (categórica o numérica); teniendo en cuenta las medidas de tendencia central y de dispersión para las variables numéricas y de frecuencia para las variables categóricas.
- **Análisis inferencial.-** Para demostrar la relación de las variables y dimensiones del presente estudio, se realizó un análisis bivariado a través de la prueba no paramétrica de Chi – cuadrado de Pearson; considerándose en la significancia estadística de las pruebas el valor $p \leq 0,05$. El procesamiento de los datos obtenidos en el presente estudio se llevó a cabo utilizando el paquete estadístico SPSS versión 20.0 para Windows.

3.9. Consideraciones éticas de la investigación

Antes de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, se solicitó la firma del consentimiento informado a cada una de los adultos mayores identificados que aceptaron participar del estudio de investigación; asimismo, se consideraron los principios éticos de Enfermería que se detallan a continuación:

Beneficencia; se respetó este principio debido a que todo momento se buscó el bienestar de los adultos mayores, que estos se sientan cómodos con las preguntas que se les realicen, mostrando empatía con cada uno de ellos y respetando sus opiniones y creencias respecto a la problemática en estudio

No maleficencia; se respetó este principio, porque no pondrán en riesgo la dignidad, ni los derechos y el bienestar de las adultos mayores considerados en el estudio de investigación, ya que la información obtenida fue de carácter confidencial y los datos obtenidos en la entrevista fueron de uso exclusivo para fines de investigación..

Autonomía; se respetó este principio, pues se comunicó a los adultos mayores que serán libres de retirarse del estudio de investigación o abstenerse de contestar algunas preguntas si ellos consideraban que estaba atentando contra su integridad, sus creencias y otros derechos, teniendo la libertad de decidir que preguntas contestar o no si así lo consideraban pertinente.

Justicia; se respetó este principio, pues al momento de abordar al adulto mayor participante del estudio se le explicó de forma clara y sencilla el propósito del estudio de investigación, así como los

beneficios, y consecuencias de participar en el mismo; solicitando la firma del consentimiento informado donde dejó constancia de su aceptación libre y voluntaria para participar en el presente estudio de investigación.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados descriptivos.

4.1.1. Características generales de la muestra en estudio.

Tabla 01. Edad en años de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.

Edad en años	n = 85	
	Nº	%
65 a 72	39	45,9
73 a 80	22	25,9
81 a 88	24	28,2
Total	85	100,0

Fuente. Guía de entrevista de características generales de la muestra en estudio.

En cuanto a la edad de los adultos mayores usuarios Centro de Salud “Carlos Showing Ferrari” considerados en el estudio, se encontró que el 45,9% de adultos mayores encuestados pertenecieron al grupo etáreo de 65 a 72 años de edad; asimismo, 28,2% de adultos mayores encuestados pertenecieron al grupo etáreo de 81 a 88 años de edad; y por último, el 25,9% restante perteneció al grupo etáreo de 73 a 80 años de edad.

Tabla 02. Género de los adultos mayores que usuarios al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.

Género	n = 85	
	Nº	%
Masculino	36	42,4
Femenino	49	57,6
Total	85	100,0

Fuente. Guía de entrevista de características generales de la muestra en estudio.

Respecto al género de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud “Carlos Showing Ferrari” considerados en el presente estudio de investigación, se encontró que el 57,6% (49) de adultos mayores entrevistados pertenecieron al género femenino, siendo este género predominante en la muestra en estudio; mientras que el 42,4% (36) restante perteneció al género masculino.

Tabla 03. Lugar de procedencia de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.

Lugar de procedencia	n = 85	
	Nº	%
Zona Urbana	35	41,2
Zona Rural	28	32,9
Zona Periurbana	22	25,9
Total	85	100,0

Fuente. Guía de entrevista de características generales de la muestra en estudio.

Respecto al lugar de procedencia de los adultos mayores considerados en el presente estudio de investigación, se pudo identificar que la mayoría de adultos mayores entrevistados, el 41,2% (35) procedían de zonas urbanas del distrito; asimismo, el 32,9% (28) de adultos mayores señalaron que procedían de zonas rurales; y por último, el 25,9% (22) restante expresaron que procedían de zonas periurbanas del distrito de Amarilis.

Tabla 04. Características sociales de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.

Características Sociales	n = 85	
	Nº	%
Estado civil		
Soltero (a)	01	1,2
Casado (a)	22	25,9
Conviviente	28	32,9
Viudo (a)	34	40,0
Religión		
Católico (a)	64	75,3
Evangélico (a)	21	24,7
Grado de escolaridad		
Secundaria incompleta	42	49,4
Secundaria completa	23	27,1
Superior técnico	12	14,1
Superior universitario	08	9,4
Ocupación		
Jubilado	20	23,5
Trabajo dependiente	16	18,8
Trabajo independiente	10	11,8
No trabaja	39	45,9
Total	85	100,0

Fuente. Guía de entrevista de características generales de la muestra en estudio.

Respecto a las características sociales de las personas adultas mayores considerados en el presente estudio, se pudo identificar que la mayoría de adultos mayores fueron viudos representando el 40,0% (34) de los encuestados; el 32,9% (28) de adultos mayores fueron convivientes; asimismo, el 25,9% (22) de adultos mayores entrevistados señalaron estar casados; y por último, el 1,2% (1) restante expresó encontrarse soltero.

De igual manera, en esta tabla se puede observar que el 75,3% (64) de adultos mayores encuestados son católicos, y el 24,7% (21) restante profesan la religión evangélica.

Asimismo, también se puede apreciar que el 49,4% (42) de los adultos mayores considerados en el estudio de investigación tienen como

grado de escolaridad secundaria incompleta; el 27,1% (23) tiene secundaria completa, el 14,1% (12) tiene como grado de escolaridad el nivel superior técnico; y por último, solo el 9,4% (8) de adultos mayores entrevistados señalaron tener estudios universitarios.

Por último, en esta tabla también se puede evidenciar que el 45,9% (39) de adultos mayores señalaron que no trabajan actualmente debido a la disminución progresiva de sus capacidades físicas y motoras como consecuencia del proceso de envejecimiento; asimismo, se puede observar que el 23,5% (20) de adultos mayores entrevistados refirieron ser jubilados; el 18,8% (16) expresaron encontrarse trabajando en forma dependiente en negocios de familiares o amigos; y por último, el 11,8% (10) de adultos mayores manifestaron que se encuentran trabajando en forma independiente.

Tabla 05. Características familiares de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.

Características Familiares	n = 85	
	Nº	%
Personas con quienes vive		
Solo (a) con su esposo (a)	40	47,1
Solo (a) con sus hijos	09	10,6

Solo (a) con sus nietos	01	1,2
Con su esposo (a) e hijos	20	23,5
Con su esposo (a), hijos y nietos	08	9,4
Con sus hijos y nietos	04	4,7
Con otras personas	03	3,5
Carga Familiar		
Si tiene	23	27,1
No tiene	62	72,9
Total	85	100,0

Fuente. Guía de entrevista de características generales de la muestra en estudio.

Respecto a las características familiares de los adultos mayores considerados en el presente estudio, en la presente tabla se puede identificar que el 47,1% (40) de los adultos entrevistados señalaron que actualmente solo vive con su esposo o esposa; el 23,5% (20) manifestaron vivir con su esposo (a) e hijos; el 10,6% (9) de adultos mayores entrevistados refirieron vivir solo con sus hijos; el 9,4% (8) declararon vivir con su esposo (a), hijos y nietos; el 4,7% (4) señalaron vivir con sus hijos y sus nietos; el 3,5% (3) expresaron que viven con otras personas; y por último, el 1,2% (1) señaló que solo vivía con su nieto en la actualidad.

Asimismo, en la presente tabla se puede evidenciar que el 72,9% (62) de adultos mayores expresaron no tener carga familiar; mientras que el 27,1% (23) restante declararon si tener carga familiar, puesto que mantenían económicamente a su esposa, hijos y nietos según la relación de convivencia familiar.

Tabla 06. Percepción del estado de salud de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.

Percepción del Estado de Salud	n = 85	
	Nº	%
Percepción del estado de salud actual		
Buen estado de salud	35	41,2
Regular estado de salud	50	58,8
Percepción del estado de salud en comparación con el año pasado:		
Ha mejorado	26	30,6
Sigue igual	58	68,2
Ha empeorado	01	1,2
Percepción de que su estado de salud puede empeorar		
Si puede empeorar	21	24,7
No va empeorar	41	48,2
No sabe si puede empeorar o no	23	27,1
Total	85	100,0

Fuente. Guía de entrevista de características generales de la muestra en estudio.

Respecto a la percepción del estado de salud de la muestra en estudio se pudo identificar que el 58,8% (50) de los adultos mayores entrevistados señalaron tener un regular estado de salud; mientras que el 41,2% (35) restante expresaron tener un buen estado de salud.

Asimismo, en la presente tabla se puede evidenciar que el 68,2% (58) de adultos mayores entrevistados percibieron que su salud se encuentra igual que el año pasado; el 30,6% (26) manifestaron percibir que su salud ha mejorado; y por último, el 1,2% (1) restante consideró que su salud ha empeorado en comparación con el año pasado.

Por último, respecto a la percepción de que su salud puede empeorar, se pudo identificar que el 48,2% (41) de adultos mayores manifestaron que no iba a empeorar; el 27,1% (23) señalaron no saber si iba a empeorar o no; y el 24,7% (21) restante consideraron que su salud si podía empeorar.

Tabla 07. Características relacionadas a la alimentación de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.

Características relacionadas a la alimentación	n = 85	
	Nº	%
Se alimenta sin ayuda		
Si lo hace	57	67,1
No lo hace	28	32,9
Capacidad de masticación de alimentos:		
Si puede masticar los alimentos	56	65,9
No puede masticar los alimentos	10	11,7
A veces puede masticar los alimentos	19	22,4
Estado de la dentadura		
Dientes completos	08	9,4
Dientes incompletos	77	90,6
Uso de prótesis dental		
Si usa prótesis dental	43	50,6
No usa prótesis dental	42	49,4
Total	85	100,0

Fuente. Guía de entrevista de características generales de la muestra en estudio.

Respecto a las características relacionadas a la alimentación el 67,1% (57) de los adultos mayores encuestados señalaron que se podían alimentar sin ayuda; y el 32,9% (28) restante expresaron no poder alimentarse solos y que requerían la ayuda de otras personas para poder hacerlo.

De acuerdo a la capacidad de masticación de los alimentos, el 65,9% (56) de adultos mayores entrevistados manifestaron poder masticar sus alimentos, el 22,4% (19) señalaron que solo a veces podían masticar sus alimentos; y por último, el 11,7% (10) restante manifestaron no poder masticar en forma adecuada los alimentos que consumen.

Asimismo, el 90,6% (77) de adultos mayores encuestados tuvieron la dentadura incompleta, mientras que el 9,4% (8) presentaron dentadura completa. Por último, el 50,6% (43) de encuestados usa prótesis dental (postizo) mientras que el 49,4% (42) restante no usa prótesis dental.

4.1.2. Conocimientos sobre alimentación saludable.

Tabla 08. Descripción de las generalidades de conocimientos sobre alimentación saludable de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.

Generalidades Conocimientos Alimentación Saludable	n = 85	
	Frecuencia	%
Bueno	27	31,8
Regular	47	55,3
Deficiente	11	12,9
Total	85	100,0

Fuente. Cuestionario de conocimientos sobre alimentación saludable.

Respecto a las generalidades de conocimientos sobre alimentación saludable de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud “Carlos Showing Ferrari” en estudio, se encontró que el 55,3% (47) de adultos mayores encuestados presentaron un nivel de conocimiento regular; asimismo, el 31,8% (27) de encuestados evidenciaron tener un nivel de conocimiento bueno; y por último, el 12,9% (11) restante tuvieron conocimientos deficientes respecto a las generalidades de los conocimientos sobre alimentación saludable.

Tabla 09. Descripción del nivel de conocimiento sobre los tipos de alimentos para una alimentación saludable que tienen los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.

Conocimiento Tipos de Alimentos Alimentación Saludable	n = 85	
	Frecuencia	%
Bueno	34	60,0
Regular	28	32,9
Deficiente	23	27,1
Total	85	100,0

Fuente. Cuestionario de conocimientos sobre alimentación saludable.

Respecto al nivel de conocimientos sobre los tipos de alimentos para una alimentación saludable en los adultos mayores, se pudo identificar en la muestra en estudio que el 60% (34) de adultos mayores encuestados presentaron un nivel de conocimiento bueno; el 32,9% (28) de encuestados tuvieron un nivel de conocimiento regular; y por último, el 27,1% (23) restante evidenciaron tener un nivel de conocimiento deficiente respecto a los tipos de alimentos para una alimentación saludable en el adulto mayor.

Tabla 10. Descripción del nivel de conocimiento sobre la frecuencia de alimentos para una alimentación saludable que tienen los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.

Conocimiento Frecuencia de Alimentos Alimentación Saludable	n = 85	
	Frecuencia	%
Bueno	08	9,4
Regular	57	67,1
Deficiente	20	23,5
Total	85	100,0

Fuente. Cuestionario de conocimientos sobre alimentación saludable.

Respecto al nivel de conocimientos sobre la frecuencia de alimentos para una alimentación saludable, se puede observar en la muestra en estudio que el 67,1% (57) de adultos mayores encuestados presentaron un nivel de conocimiento regular; asimismo, el 23,5% (20) de encuestados tuvieron un nivel de conocimiento deficiente; y por último, el 9,4% (8) restante evidenciaron tener un nivel de conocimiento bueno respecto a la frecuencia de alimentos para una alimentación saludable en el adulto mayor.

Tabla 11. Descripción del nivel de conocimiento sobre la cantidad de alimentos para una alimentación saludable que tienen los adultos mayores que usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.

Conocimiento Cantidad de Alimentos Alimentación Saludable	n = 85	
	Frecuencia	%
Bueno	24	28,2
Regular	43	50,7
Deficiente	18	21,1
Total	85	100,0

Fuente. Cuestionario de conocimientos sobre alimentación saludable.

Respecto al nivel de conocimientos sobre la cantidad de alimentos para una alimentación saludable, se puede identificar en la muestra en estudio que el 50,7% (43) de adultos mayores encuestados tuvieron un nivel de conocimiento regular; asimismo, el 28,2% (24) de encuestados presentaron un nivel de conocimiento bueno; y por último, el 21,1% (18) restante evidenciaron tener un nivel de conocimiento deficiente respecto a la combinación de alimentos para una alimentación saludable en el adulto mayor.

Tabla 12. Descripción del nivel de conocimiento sobre la combinación de alimentos para una alimentación saludable que tienen los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.

Conocimiento Combinación de Alimentos Alimentación Saludable	n = 85	
	Frecuencia	%
Bueno	31	36,5
Regular	35	41,2
Deficiente	19	22,3
Total	85	100,0

Fuente. Cuestionario de conocimientos sobre alimentación saludable.

Respecto al nivel de conocimientos sobre la combinación de alimentos para una alimentación saludable, se puede identificar en la muestra en estudio que el 41,2% (35) de adultos mayores entrevistados tuvieron un nivel de conocimiento regular; asimismo, el 36,5% (31) de encuestados presentaron un nivel de conocimiento bueno; y por último, el 22,3% (19) restante evidenciaron tener un nivel de conocimiento deficiente respecto a la combinación de alimentos para una alimentación saludable en el adulto mayor.

Tabla 13. Descripción del nivel de conocimiento sobre la prevención de riesgos a través de la alimentación saludable que tienen los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.

Conocimiento Prevención de Riesgos Alimentación Saludable	n = 85	
	Frecuencia	%
Bueno	48	56,5
Regular	24	28,2
Deficiente	13	15,3
Total	85	100,0

Fuente. Cuestionario de conocimientos sobre alimentación saludable.

Respecto al nivel de conocimientos sobre la prevención de riesgos a través de la alimentación saludable en el adulto mayor, se puede apreciar en la muestra en estudio que el 56,5% (48) de adultos mayores entrevistados tuvieron un nivel de conocimiento bueno; por su parte, el 28,2% (24) de encuestados presentaron un nivel de conocimiento regular; y por último, el 15,3% (13) restante tuvieron un nivel de conocimiento deficiente respecto a la prevención de riesgos a través de la alimentación saludable en el adulto mayor.

Tabla 14. Descripción del nivel de conocimiento sobre alimentación saludable de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.

Nivel de Conocimiento Alimentación Saludable	n = 85	
	Frecuencia	%
Bueno	46	54,1
Regular	27	31,8
Deficiente	12	14,1
Total	85	100,0

Fuente. Cuestionario de conocimientos sobre alimentación saludable.

Respecto al nivel de conocimientos sobre la alimentación saludable en el adulto mayor, se puede observar en la muestra en estudio que el 54,1% (46) de adultos mayores entrevistados presentaron un nivel de conocimiento bueno; por su parte, el 31,8% (27) de encuestados tuvieron un nivel de conocimiento regular; y por último, el 14,1% (12) restante presentaron un nivel de conocimiento deficiente en forma general sobre la alimentación saludable en el adulto mayor.

4.1.3. Actitudes hacía la alimentación saludable.

Tabla 15. Descripción de las actitudes hacía la alimentación saludable de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.

Actitudes Alimentación Saludable	n = 85	
	Frecuencia	%
Positivas	60	70,6
Negativa	25	29,4
Total	85	100,0

Fuente. Escala de actitudes hacía la alimentación saludable

Respecto a las actitudes hacía la alimentación saludable de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari considerados en el presente estudio, se pudo identificar que el 70,6% (60) de los adultos mayores presentaron actitudes positivas, mientras que el 29,4% (25) restante tuvieron actitudes negativas hacía la alimentación saludable en el adulto mayor.

4.2. Resultados inferenciales.

Tabla 16. Relación entre las generalidades de conocimientos sobre alimentación saludable y las actitudes de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.

Conocimientos Generalidades Alimentación Saludable	Actitudes Alimentación Saludable				Total		Chi-cuadrado	P (valor)
	Positivas		Negativas					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Bueno	22	25,9	05	5,9	27	31,8	11,825	0,003
Regular	35	41,2	12	14,1	47	55,3		
Deficiente	03	3,5	08	9,4	11	12,9		
TOTAL	60	70,6	25	29,4	85	100,0		

Fuente. Cuestionario de conocimientos y escala de actitudes hacia la alimentación saludable.

Respecto a la relación entre los conocimientos sobre las generalidades de la alimentación saludable y las actitudes en la muestra en estudio se encontró que el 55,3% presentó un nivel de conocimiento regular; de los cuales el 41,2% presentaron actitudes positivas, mientras que el 14,1% tuvieron actitudes negativas. Asimismo el 31,8% de adultos mayores encuestados presentó un nivel de conocimiento bueno, de los cuales el 25,9% tuvieron actitudes positivas y el 5,9% presentaron actitudes negativas. Por último, el 12,9% presentaron un nivel de conocimiento deficiente, de los cuales el 9,4% tuvieron actitudes negativas y el 3,5% restante tuvieron actitudes positivas hacia la alimentación saludable.

Al analizar la relación inferencial entre las generalidades de conocimientos hacia la alimentación saludable y las actitudes de los adultos mayores en estudio, se encontró un valor de Chi cuadrado de 11,825 y una ($P \leq 0,003$); indicando que si existe grado de significancia estadística, es decir, estas variables se relacionan significativamente; en consecuencia, se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 17. Relación entre el nivel de conocimiento sobre los tipos de alimentos para una alimentación saludable y las actitudes de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.

Nivel de Conocimiento Tipos de Alimentos	Actitudes Alimentación Saludable				Total		Chi- cuadrado	P (valor)
	Positivas		Negativas					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
	Bueno	28	32,9	06	7,1	34		
Regular	26	30,6	02	2,3	28	32,9		
Deficiente	06	7,1	17	20,0	23	27,1		
TOTAL	60	70,6	25	29,4	85	100,0		

Fuente. Cuestionario de conocimientos y escala de actitudes hacia la alimentación saludable.

Respecto a la relación entre los conocimientos sobre los tipos de alimentos para una alimentación saludable y las actitudes en la muestra en estudio, se encontró que el 40,0% presentó un nivel de conocimiento bueno; de los cuales el 32,9% presentaron actitudes positivas, y el 7,1% restante tuvieron actitudes negativas. Asimismo el 32,9% de adultos mayores encuestados presentaron un nivel de conocimiento regular, de los cuales el 30,6% presentaron actitudes positivas y el 2,3% mostraron actitudes negativas. Por último, el 27,1% presentó un nivel de conocimiento deficiente, de los cuales el 20,0% tuvieron actitudes negativas y el 7,1% restante presentaron actitudes positivas hacia la alimentación saludable.

Al analizar la relación inferencial entre el nivel conocimiento sobre los tipo de alimentos para una alimentación saludable y las actitudes de los adultos mayores en estudio a través de la prueba del Chi cuadrado, se encontró un valor de 30,894 y una ($P \leq 0,000$); indicando que si existe grado de significancia estadística, es decir, estas variables se relacionan significativamente; en consecuencia, se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 18. Relación entre el nivel de conocimiento sobre la frecuencia alimentos para una alimentación saludable y las actitudes de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.

Nivel de Conocimiento Frecuencia de Alimentos	Actitudes Alimentación Saludable				Total		Chi- cuadrado	P (valor)
	Positivas		Negativas					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Bueno	08	9,4	00	0,0	08	9,4	22,012	0,000
Regular	46	54,1	11	13,0	57	67,1		
Deficiente	06	7,1	14	16,4	20	23,5		
TOTAL	60	70,6	25	29,4	85	100,0		

Fuente. Cuestionario de conocimientos y escala de actitudes hacia la alimentación saludable.

Respecto a la relación entre los conocimientos sobre la frecuencia de alimentos para una alimentación saludable y las actitudes en la muestra en estudio, se encontró que el 67,1% presentó un nivel de conocimiento regular; de los cuales el 54,1% presentaron actitudes positivas, y el 13,0% restante tuvieron actitudes negativas. Asimismo el 23,5% de adultos mayores encuestados presentaron un nivel de conocimiento deficiente, de los cuales el 16,4% presentaron actitudes negativas y el 7,1% mostraron actitudes positivas. Por último, solo el 9,4%% presentó un nivel de conocimiento bueno, de los cuales todos presentaron actitudes positivas hacia la alimentación saludable en el adulto mayor.

Al analizar la relación inferencial entre el nivel conocimiento sobre la frecuencia de alimentos para una alimentación saludable y las actitudes de los adultos mayores en estudio a través de la prueba del Chi cuadrado, se encontró un valor de 22,012 y una ($P \leq 0,000$); indicando que si existe grado de significancia estadística, es decir, estas variables se relacionan significativamente; en consecuencia, se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 19. Relación entre el nivel de conocimiento sobre la cantidad alimentos para una alimentación saludable y las actitudes de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.

Nivel de Conocimiento Cantidad de Alimentos	Actitudes Alimentación Saludable				Total		Chi- cuadrado	P (valor)
	Positivas		Negativas					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Bueno	18	21,1	06	7,1	24	28,2	21,064	0,000
Regular	37	43,6	06	7,1	43	50,7		
Deficiente	05	5,9	13	15,2	18	21,1		
TOTAL	60	70,6	25	29,4	85	100,0		

Fuente. Cuestionario de conocimientos y escala de actitudes hacia la alimentación saludable.

Respecto a la relación entre los conocimientos sobre la cantidad de alimentos para una alimentación saludable y las actitudes en la muestra en estudio, se encontró que el 50,7% presentó un nivel de conocimiento regular; de los cuales el 43,6% presentaron actitudes positivas, y el 7,1% restante tuvieron actitudes negativas. Asimismo el 28,2% de adultos mayores encuestados presentaron un nivel de conocimiento bueno, de los cuales el 21,1% presentaron actitudes positivas y el 7,1% mostraron actitudes negativas. Por último, el 21,1% presentó un nivel de conocimiento deficiente, de los cuales el 15,2% presentaron actitudes negativas y el 5,9% tuvieron actitudes positivas hacia la alimentación saludable.

Al analizar la relación inferencial entre el nivel conocimiento sobre la cantidad de alimentos para una alimentación saludable y las actitudes de los adultos mayores en estudio a través de la prueba del Chi cuadrado, se encontró un valor de 21,064 y una ($P \leq 0,000$); indicando que si existe grado de significancia estadística, es decir, estas variables se relacionan significativamente; en consecuencia, se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 20. Relación entre el nivel de conocimiento sobre la combinación de alimentos para una alimentación saludable y las actitudes de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.

Nivel de Conocimiento Combinación de Alimentos	Actitudes Alimentación Saludable				Total		Chi- cuadrado	P (valor)
	Positivas		Negativas					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Bueno	28	32,9	03	3,6	31	36,5	13,308	0,001
Regular	24	28,3	11	12,9	35	41,2		
Deficiente	08	9,4	11	12,9	19	22,3		
TOTAL	60	70,6	25	29,4	85	100,0		

Fuente. Cuestionario de conocimientos y escala de actitudes hacia la alimentación saludable.

Respecto a la relación entre los conocimientos sobre la combinación de alimentos para una alimentación saludable y las actitudes en la muestra en estudio, se encontró que el 41,2% presentó un nivel de conocimiento regular; de los cuales el 28,3% presentaron actitudes positivas, y el 12,9% restante tuvieron actitudes negativas. Asimismo el 36,5% de adultos mayores encuestados presentaron un nivel de conocimiento bueno, de los cuales el 32,9% presentaron actitudes positivas y el 3,6% mostraron actitudes negativas. Por último, el 22,3% presentó un nivel de conocimiento deficiente, de los cuales el 12,9% presentaron actitudes negativas y el 9,4% tuvieron actitudes positivas hacia la alimentación saludable.

Al analizar la relación inferencial entre el nivel conocimiento sobre la combinación de alimentos para una alimentación saludable y las actitudes de los adultos mayores en estudio a través de la prueba del Chi cuadrado, se encontró un valor de 13,308 y una ($P \leq 0,001$); indicando que si existe grado de significancia estadística, es decir, estas variables se relacionan significativamente; en consecuencia, se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 21. Relación entre el nivel de conocimiento sobre la prevención de riesgos a través de la alimentación saludable y las actitudes de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.

Nivel de Conocimiento Prevención de riesgos	Actitudes Alimentación Saludable				Total		Chi- cuadrado	P (valor)
	Positivas		Negativas					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Bueno	40	47,1	08	9,4	48	56,5	23,063	0,000
Regular	18	21,1	06	7,1	24	28,2		
Deficiente	02	2,4	11	12,9	13	15,3		
TOTAL	60	70,6	25	29,4	85	100,0		

Fuente. Cuestionario de conocimientos y escala de actitudes hacia la alimentación saludable.

Respecto a la relación entre los conocimientos sobre la prevención de riesgos a través de la alimentación saludable y las actitudes en la muestra en estudio, se encontró que el 56,5% presentó un nivel de conocimiento bueno; de los cuales el 47,1% presentaron actitudes positivas, y el 9,4% restante tuvieron actitudes negativas. Asimismo el 28,2% de adultos mayores encuestados presentaron un nivel de conocimiento regular, de los cuales el 21,1% presentaron actitudes positivas y el 7,1% mostraron actitudes negativas. Por último, el 15,3% presentó un nivel de conocimiento deficiente, de los cuales el 12,9% presentaron actitudes negativas y el 2,4% restante tuvieron actitudes positivas hacia la alimentación saludable.

Al analizar la relación inferencial entre el nivel conocimiento sobre la prevención de riesgos a través de la alimentación saludable y las actitudes de los adultos mayores en estudio a través de la prueba del Chi cuadrado, se encontró un valor de 23,063 y una ($P \leq 0,000$); indicando que si existe grado de significancia estadística, es decir, estas variables se relacionan significativamente; en consecuencia, se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 22. Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la alimentación saludable de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015.

Nivel de Conocimiento Alimentación Saludable	Actitudes Alimentación Saludable				Total		Chi- cuadrado	P (valor)
	Positivas		Negativas					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Bueno	41	48,1	05	6,0	46	54,1	25,179	0,000
Regular	17	20,1	10	11,7	27	31,8		
Deficiente	02	2,4	10	11,7	12	14,1		
TOTAL	60	70,6	25	29,4	85	100,0		

Fuente. Cuestionario de conocimientos y escala de actitudes hacia la alimentación saludable.

Respecto a la relación entre los conocimientos y las actitudes en la muestra en estudio, se encontró que el 54,1% presentó un nivel de conocimiento bueno; de los cuales el 48,1% presentaron actitudes positivas, y el 6,0% restante tuvieron actitudes negativas. Asimismo el 31,8% de adultos mayores encuestados presentaron un nivel de conocimiento regular, de los cuales el 20,1% presentaron actitudes positivas y el 11,7% restante mostraron actitudes negativas. Por último, el 14,1% presentó un nivel de conocimiento deficiente, de los cuales el 11,7% presentaron actitudes negativas y el 2,4% restante tuvieron actitudes positivas hacia la alimentación saludable.

Al analizar la relación inferencial entre el nivel conocimiento y las actitudes hacia la alimentación saludable de los adultos mayores en estudio a través de la prueba del Chi cuadrado, se encontró un valor de 25,179 y una ($P \leq 0,000$); indicando que si existe grado de significancia estadística, es decir, estas variables se relacionan significativamente; en consecuencia, se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula.

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN

5.1. Discusión de los resultados.

El estudio sobre el nivel de conocimiento y actitud hacia la alimentación saludable en adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, realizado en el distrito de Amarilis, provincia y departamento de Huánuco evidenció a través de la prueba Chi cuadrado de Pearson (χ^2) que existe significancia estadística respecto a la relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes de las adultos mayores en estudio [$\chi^2 = 25,179$ y $p = 0,000$]; lo que permite rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación, evidenciando en consecuencia que existe relación entre estas dos variables en la población en estudio.

Los resultados obtenidos en el presente estudio demuestran que la mayoría de adultos mayores presentan conocimientos buenos sobre alimentación saludable representando el 54,1% de los encuestados y tienen actitudes positivas, las cuales se evidencian en el 70,6% de los adultos mayores; encontrándose también la misma tendencia al analizar la relación de los conocimientos y las actitudes de los adultos mayores considerados en el estudio; estos resultados demuestran que los adultos mayores son conscientes de la importancia que tienen el consumo de alimentos saludables para tener un adecuado estado nutricional, un buen de salud y una mejora en su calidad de vida; sin embargo también se evidencia la presencia de pequeñas proporciones de adultos mayores que presentan

conocimientos deficientes en un 14,1% y tienen actitudes negativas en un 29,4%, lo que hace evidente la necesidad de seguir realizando campañas de promoción de la salud dirigidas a las personas adultas mayores, familiares y cuidadores respecto a la importancia de la alimentación a la alimentación saludable en el adulto mayor en la prevención de los trastornos nutricionales y de la presencia de las enfermedades causadas por una inadecuada alimentación.

Los resultados obtenidos se encuentran apoyados en los postulados de la teoría de Promoción de la Salud de Pender¹¹⁷, donde expresa que los conocimientos y conductas saludables de las personas influyen en la adopción de conductas promotoras de salud, como las actitudes positivas respecto a la alimentación saludable. Asimismo, la teoría establece que el conocimiento se transmite a partir de la experiencia que comienza por los sentidos para terminar en la razón y expresarse en la práctica con las actividades que se ponen de manifiesto, puesto que se conoce o se aprende en base al conocimiento que se tiene o adquiere, esto supone que a un mayor nivel de conocimientos se tiene actitudes mayores actitudes positivas y viceversa, en el presente estudio esto se cumple ya que los adultos mayores en su mayoría tienen conocimientos buenos y actitudes positivas frente a la alimentación saludable en este grupo etáreo.

Los resultados del presente estudio coinciden con los reportados por Gonzales¹¹⁸ quién identificó que los adultos mayores que tienen conocimientos adecuados sobre la alimentación saludable son los que presentan mayores actitudes positivas hacia la práctica de

este tipo de alimentación en su vida diaria. Al respecto, Gorosquieta y Alonso¹¹⁹ concluyeron que aunque los adultos mayores tenían un buen conocimiento respecto al tipo de alimentos y una actitud favorable hacía la alimentación saludable, es muy importante que el personal de salud siga impartiendo educación sanitaria para motivar en el seguimiento de la dieta y el consumo de alimentos saludables en el adulto mayor, como medida de prevención de diversas enfermedades propias de este grupo etáreo. Asimismo Alarcón¹²⁰ señaló que el estado nutricional de los adultos mayores se encuentra relacionado con el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que estos tengan frente a la alimentación saludable, recomendando también la implementación de un programa de promoción de la alimentación saludable.

Los resultados obtenidos se asemejan con los reportados por Álvarez¹²¹, quien encontró relación significativa entre el conocimiento sobre la alimentación saludable y las actitudes frente al consumo de alimentos saludables en los adultos mayores, identificando además que los adultos mayores que tenían mejores niveles de conocimiento eran aquellos cuyos familiares y cuidadores también tenían conocimientos apropiados respecto a los alimentos que se deben brindar en el adulto mayor, por lo que es importante resaltar de este estudio que el aspecto familiar juega un rol transcendental en la alimentación y nutrición del adulto mayor. Bocanegra¹²², al respecto señala que el conocimiento sobre la alimentación saludable en el adulto mayor se encuentra influenciados por diversos factores sociodemográficos como el nivel de pobreza, lugar de residencia, grado de escolaridad entre otros factores.

Por otro lado, Claro, Linders, Flores y Campbell¹²³ encontraron resultados opuestos a los obtenidos en el presente estudio, pues a pesar que identificaron que la mayoría de adultos mayores presentaron conocimientos buenos respecto a la alimentación saludable, también encontraron que la mayoría de adultos mayores tenían actitudes negativas ante este tipo de alimentación, no encontrando ninguna relación entre las variables en estudio, concluyendo que se requieren nuevas iniciativas para incrementar los conocimientos y modificar las actitudes de los adultos mayores respecto a la alimentación saludable. Gómez¹²⁴, por su parte, también identificó que la mayoría de adultos mayores no tenían conocimientos adecuados sobre la alimentación saludable debido principalmente a las opiniones y creencias erróneas que estos y sus familiares tienen respecto a los beneficios que tienen los alimentos en su vida diaria.

Asimismo, Manrique¹²⁵ encontró que a pesar que los adultos mayores tenían conocimientos buenos, tenían mayoritariamente una actitud de indiferencia frente al consumo de alimentos saludables. Pinos¹²⁶ en su estudio identificó que adultos mayores presentaban conocimientos medios respecto a la importancia de la alimentación saludable en la prevención de diversas enfermedades, pero a su vez presentaban actitudes desfavorables, poniéndose énfasis en la implementación de un programa educativo orientado a modificar e incrementar el nivel de información, así como los conocimientos y actitudes de los adultos mayores frente a la alimentación saludable.

También es conveniente mencionar que respecto a los conocimientos y actitudes de alimentación saludable en la prevención de trastornos nutricionales y enfermedades no transmisibles, que Escalante¹²⁷ no encontró relación entre el estado nutricional y la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión bienestar físico, la cual se encuentra relacionada con la alimentación que recibían los adultos mayores; por lo que indirectamente se puede rescatar de este estudio que tener conocimientos adecuados sobre alimentación saludable no garantizan que los adultos mayores no presenten trastornos nutricionales, por lo que se hace hincapié en la necesidad de realizar un estudio enfocado en los hábitos alimenticios de los adultos mayores.

Respecto a la aplicación de un programa educativo sobre alimentación saludable, Martel, Veramendi, Medina, Villar y Alvarado¹²⁸ identificaron que los talleres impartidos sobre alimentación saludable en los adultos mayores mejoraron mínimamente el estado nutricional y los conocimientos y actitudes de los adultos mayores, recomendando una mejor planificación y dedicar mayores periodos de tiempo a la presentación de los materiales educativos; los resultados obtenidos por estos investigadores difieren en cierta medida con los encontrados en el presente estudio, pero se considera pertinente tener en cuenta la consideración efectuada, debido a que permitirá un mejor afrontamiento de esta problemática.

En base a los resultados encontrados en el presente estudio y después de realizar el análisis respectivo con los enfoques teóricos existen y con diversos estudios que concordaron o difirieron con los

hallazgos encontrados en la muestra en estudio, se puede resaltar que el panorama general respecto al conocimiento y la actitud de los adultos mayores hacia la alimentación saludable es alentador, pues la mayoría de las personas encuestadas presentaron conocimientos buenos y actitudes positivas hacia la alimentación saludable reflejando que existe predisposición de los adultos mayores por mejorar su tipo de alimentación y poner en práctica hábitos alimenticios adecuados y el consumo de alimentos que los ayuden a tener un estado nutricional adecuado y que permitan la prevención de diversas enfermedades relacionadas con una mala alimentación y las enfermedades propias del envejecimiento como las de tipo no transmisibles. Por ello, se destaca la labor que cumple el profesional de Enfermería dentro su rol educador en la Promoción de la Salud en el Programa del Adulto Mayor de los diversos establecimientos de salud de nuestro; a través de la transmisión de diversas recomendaciones a los adultos mayores para que estos tengan un mejor autocuidado de su salud respecto a sus necesidades físicas, psicológicas y espirituales, sensibilizándolos para que adopten actitudes y prácticas adecuadas en respecto a la alimentación, actividad física y adopción de estilos de vida saludables.

Dentro de las limitaciones encontradas en el presente estudio de investigación se puede mencionar la dificultad que se tuvo para tener acceso al ámbito de estudio, puesto que a pesar de haber obtenido la autorización respectiva emitida por parte del director del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, la coordinadora del área de adulto mayor de esta institución se mostraba renuente a cooperar con

el estudio, puesto que puso trabas al momento de brindar el acceso a la información respecto al padrón de adultos mayores que acuden al establecimiento de salud; dicha dificultad fue subsanada cuando se realizó una entrevista con la coordinadora donde se le explicó en forma detallada y precisa el propósito y los objetivos del estudio, absolviendo adecuadamente las dudas que tenía al respecto, después ello, la coordinadora se mostró más asequible a brindar la información y apoyó en forma activa en la recolección de datos en los adultos mayores considerados de la muestra de investigación.

Otro factor limitante fue la disponibilidad de la muestra en estudio, lo que dificultó en gran medida la recolección de los datos pues se tenía que esperar que los adultos mayores acudan al Centro de Salud para poder encuestarlos; asimismo; se tuvo dificultades en el procesamiento de datos recolectados debido a la inexperiencia de la investigadora en el manejo del programa estadístico SSPS.

Metodológicamente se puede señalar que la muestra considerada el estudio fue adecuada porque se consideró a la totalidad de adultos mayores registrados en el padrón del Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari; pero cabe resaltar que los resultados obtenidos son válidos solo para la población considerada en el estudio de investigación, no siendo inferenciables; por lo que se recomienda la realización de investigaciones relacionadas a los conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación saludable en el adulto mayor en las diferentes establecimientos de salud y localidades urbanas y rurales de la región

También se recomienda la implementación de un programa educativo sistemático en el área del adulto mayor de los diversos establecimientos de salud, de un programa educativo sistemático sobre las características e importancia de la alimentación saludable en la vejez, que involucre a los adultos mayores, familiares, cuidadores y población en general, teniendo en cuenta que el comportamiento humano tiene gran importancia en la adquisición de conocimientos y formación de actitudes en las personas.

Tomando en cuenta este criterio, se propone como parte del afrontamiento de esta problemática, la realización de un programa de estrategias educativas con metodología activa como los talleres de sensibilización, charlas, sociodramas, sesiones demostrativas, entrevistas y visitas domiciliarias a los adultos mayores que permitan supervisar la calidad de la alimentación que se encuentran consumiendo, permitiendo a través de la metodología participativa incrementar el nivel de conocimientos y modificar las actitudes hacia la alimentación saludable.

CONCLUSIONES

En el presente estudio de investigación se llegaron a las siguientes conclusiones:

- ✓ Respecto a la relación entre el nivel de conocimiento y actitudes hacía la alimentación saludable de los adultos mayores en estudio, se encontró relación significativa entre las variables ($X^2 = 25,179$ y $p = 0,000$); el nivel de conocimiento se relaciona con las actitudes en la muestra en estudio.
- ✓ Se encontró relación significativa entre las generalidades de conocimientos sobre alimentación saludable y las actitudes en la muestra en estudio ($X^2 = 11,825$ y $p = 0,003$).
- ✓ Se encontró relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre los tipos de alimentos y las actitudes hacía la alimentación saludable en la muestra en estudio ($X^2 = 30,894$ y $p = 0,000$).
- ✓ Se encontró relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre la frecuencias de alimentos y las actitudes hacía la alimentación saludable en la muestra en estudio ($X^2 = 22,012$ y $p = 0,000$).
- ✓ Se encontró relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre la cantidad de alimentos y las actitudes hacía la alimentación saludable en la muestra en estudio ($X^2 = 21,064$ y $p = 0,000$).
- ✓ Se encontró relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre la combinación de los alimentos y las actitudes hacía la alimentación saludable en la muestra en estudio ($X^2 = 13,308$ y $p = 0,001$).
- ✓ Por último, se encontró relación entre el nivel de conocimiento sobre la prevención de riesgos y las actitudes hacía la alimentación saludable en la muestra en estudio ($X^2 = 23,063$ y $p = 0,000$).

RECOMENDACIONES

A los Enfermeros:

Realizar estudios de carácter cuantitativo y cualitativo respecto a la alimentación saludable involucrando otras variables como las creencias, costumbres y prácticas de alimentación saludable en los adulto mayores en diversos establecimientos y localidades rurales y urbanas de nuestra región, que permitan comparar y generalizar los diferentes resultados obtenidos, para tener una mejor perspectiva de la problemática relacionada a la alimentación saludable en el adulto mayor y proporcionará las herramientas necesarios para la implementación de estrategias y protocolos encaminadas a mejorar el estado de salud de los adultos mayores.

Asimismo se sugiere realizar estudios de tipo cuasi experimental donde se pueda evaluar la eficacia de las sesiones educativas en el incremento de los conocimientos y la modificación de las actitudes de los adultos mayores hacía la alimentación saludable, que permita que estos logren adecuado estado nutricional, un buen estado de salud y una mejor calidad de vida en la vejez.

A la Escuela Académico Profesional de Enfermería:

Capacitar continuamente a los estudiantes de Enfermería como futuros profesionales en la salud respecto a la importancia de la alimentación saludable en los adultos mayores, de modo que se estos se encuentren continuamente actualizados en el tema y sensibilizados con el rol trascendental que van a tener en el cuidado del adulto mayor.

Motivar a los estudiantes de enfermería a desarrollar sesiones educativas, demostrativas y talleres informativos dirigidos a los adultos

mayores, familiares y población en general respecto a las características e importancia de la alimentación saludable en el mantenimiento de un buen estado de salud y en la mejora de la calidad de vida del adulto mayor

A los profesionales de Enfermería del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari:

Formular estrategias orientadas a la sensibilización de los adultos mayores y familiares mediante actividades de promoción de salud, como sesiones educativas, talleres y sociodramas respecto a la importancia de la alimentación saludable en el adulto mayor; así como fomentar la participación multisectorial en el abordaje de esta problemática, que permita la creación de entornos saludables para el adulto mayor.

Ubicar afiches y pancartas en lugares de concentración pública como la municipalidad del distrito, mercados, farmacias, bodegas, restaurantes y otros respecto a la importancia de la alimentación saludable, para que la población esté informada y sensibilizada respecto a la importancia de mantener una alimentación saludable en los adultos mayores.

A los adultos mayores y sus familiares:

Participar en los talleres educativos que desarrollen los profesionales de Enfermería del Centro de Salud y los estudiantes de Enfermería de las distintas universidades de la región sobre la alimentación saludable para que a través de ellos puedan incrementar sus conocimientos y modificar las actitudes que tengan hacia la alimentación saludable , para que así puedan estar mejor preparadas para brindar y consumir una alimentación adecuada y saludable al adulto mayor que le permita mantener un adecuado estado nutricional y prevenir las enfermedades no transmisibles propias de la vejez.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tarqui C, Álvarez D, Espinoza P, Gómez G. Estado nutricional asociado a características sociodemográficas en el adulto mayor peruano. *Rev Per Med Exp Salud Pública*. 2014; 31(3):467 – 472.
2. Gonzales S. Conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación saludable del adulto mayor en el Centro de Salud Boca de Caña, del Cantón Samborondón. [Tesis de Licenciatura] Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2014.
3. Acosta A, Rodríguez Y. Estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor en el Pueblo Joven Florida Baja. [Tesis de Licenciatura] Chimbote: Universidad Los Ángeles de Chimbote; 2012.
4. Varela L. Nutrición en el adulto mayor. *Rev Med Hered* 2013; 24 (2): 183 – 185.
5. Guzmán J. Envejecimiento y Desarrollo en América Latina. Centro Latinoamericano y Caribeño de demografía [Internet] 2012; 8 (4): 21 – 25. [Consultado 2016 Marzo 23]. Disponible en <http://www.eclac.cl/publicaciones/población/7/LCL1737P/serie28.pdf>.
6. Perú. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estimaciones y Proyecciones de Población Departamental, por años calendario y Edades simples 1995 – 2025. Boletín Especial Nro. 22. Lima. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2013
7. Perú. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares 2013. Situación de la Niñez y del Adulto Mayor en el Perú [Internet] [Consultado 2016 Marzo 25] Disponible en <http://www.inei.gob.pe/web/Biblioinei/BoletinFlotante.asp?file=1603421.pdf>.
8. Gálvez S. Calidad de vida del adulto mayor de la Unidad Médica de Ilopango del Instituto Salvadoreño del Seguro Social en el periodo de Septiembre 2013 a Marzo 2014. [Tesis de Licenciatura] El Salvador: Universidad de El Salvador; 2014.
9. Timiras S. Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatría. 4ta Edición México: Masson SA; 2005.
10. Zayas E. Consideraciones sobre la nutrición en la tercera edad. *Nut Clin*. 2004; 7(2): 131 – 134.
11. Gutiérrez J, Serralde A, Guevara M. Prevalencia de desnutrición del adulto mayor al ingreso hospitalario. *Nutr Hosp*. 2007; 22(6): 702 – 709.
12. Contreras A, Mayo G, Romaní D, Malnutrición del adulto mayor y factores asociados en el distrito de Masma Chicche, Junín, Perú. *Rev Med Hered* 2013; 24: 186 – 191.
13. Silvestri C. Hábitos alimenticios en relación al consumo de alimentos protectores de la salud en adultos mayores de más de 70 años [Tesis de Licenciatura] Argentina: Universidad Abierta Interamericana; 2011.

14. Organización Mundial de la Salud, Fondo de Naciones Unidas para la Alimentación. Cambios en la dieta y ejercicios necesarios para enfrentar las enfermedades crónicas a nivel mundial. *Rev Panam Salud Publ.* 2003; 13(5): 346 – 348.
15. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2014. [Internet] [Consultado 2016 Marzo 30] Disponible en <http://www.who.int/whr/2014/chapter1/es/index3.html>.
16. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2013 [Internet] [Consultado 2016 Marzo 30] Disponible en http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf
17. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Enfermedades no transmisibles y transmisibles. Perú: INEI; 2015.
18. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de salud de la población adulta mayor en el Perú 2012. [Internet] [Consultado 2016 Marzo 31] Disponible en https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1146/libro.pdf
19. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Estado nutricional en el Perú por etapas de vida 2013 – 2014. Lima: MINSA; 2015.
20. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares. Situación de la Niñez y del Adulto Mayor informe Técnico: Octubre - Diciembre 2012. Perú: INEI; 2013.
21. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Op. Cit., p. 32.
22. Barrón M, Mardones M, Vera S, Ojeda G, Rodríguez F. Comparación de estilos de vida de la población económicamente activa mayor de 65 años entre las ciudades de Chillan y Valparaíso, Chile. *Rev Theoria* 2006; 15 (1): 33 – 44.
23. Gonzales S. Op. Cit., p. 21.
24. Bocanegra S. Nivel de conocimiento sobre alimentación saludable y su relación con factores sociodemográficos en adultos mayores de Curgos, Perú. *U CV – Scientia* 2012; 2 (2): 43 – 52.
25. Organización Mundial de la Salud. 57ava. Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud 2004 [Internet] [Consultado 2016 Marzo 31] Disponible en <http://www.dpaslac.org/uploads/1164807655.pdf>.
26. Perú. Ministerio de Salud, Ministerio de la Mujer y Población Vulnerable. Plan Nacional para las personas adultas mayores 2013 – 2017. Lima: El Ministerio; 2013.
27. Gonzales S. Op.cit., p. 23.

28. Alarcón C. Conocimientos y actitudes hacia la alimentación y su relación con el estado nutricional del adulto mayor, Parroquia Bayushig, Cantón Penipe. [Tesis de Licenciatura] Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2013.
29. Claro R, Linders H, Flores B, Campbell N. Actitudes conocimiento y comportamiento en relación con el consumo de los adultos mayores de una comunidad rural. Rev Panam Salud Pública. 2012; 32(4):265 – 273.
30. Pinos B. Atención Integral de los Adultos Mayores de la parroquia de San Miguel de Porotos Azogues – Cañar. [Tesis de Maestría] Ecuador: Universidad Técnica Particular de Loja; 2012,
31. Álvarez E. Nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre alimentación saludable y prevención de la hipertensión arterial en un Centro de Salud de Lima. [Tesis de Licenciatura] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
32. Gómez C. Conocimiento sobre alimentación saludable en pacientes hipertensos en el Consultorio de Cardiología Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren [Tesis de Especialidad en Enfermería Cardiológica] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013.
33. Bocanegra S. Op. Cit., p. 43.
34. Manrique D. Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Conde de la Vega Baja. [Tesis de Licenciatura] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.
35. Escalante D. “Estado nutricional y su relación con la calidad de vida de las personas adultas mayores en el Asilo Santa Sofía. [Tesis de Pregrado] Huánuco; Universidad de Huánuco; 2015.
36. Martel S, Veramendi N, Medina A, Carbajal E, Alvarado E. Efectividad de talleres de alimentación saludable y el estado nutricional del adulto mayor que acude al Class Pillco Marca. Investigación Valdizana [Internet] 2011; 5 (1): 1 – 6. [Consultado 2016 Abril 12] Disponible en <http://www.unheval.edu.pe/investigación>
37. Sakraida J. Modelo de Promoción de la Salud. En: Maerriner T, Rayle – Alligood M, editores. Modelos y teorías de enfermería, 6° ed. España: Elsevier – Mosby; 2007.
38. Pender N. Modelo de promoción de la salud. En: Maerriner T. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Ediciones Rol; 1989.
39. Henderson V. Teoría de las necesidades humanas básicas En: Maerriner T. Modelos y teorías de enfermería, 6° ed. España: Elsevier – Mosby; 2007.
40. Henderson V. La naturaleza de la profesión de Enfermería. Revista de Enfermería Americana. New York 1966; 4 (2): 13 – 15.

41. *Ibíd.*, p. 17.
42. Ajzen I, y Fishbein M. Teoría de la acción razonada Behavior and Human Decision Processes 2002; 50 (2): 179 – 181.
43. *Ibíd.*, p. 182.
44. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento, alimentación saludable y ciclo de vida. [Internet] [Consultado 2016 Abril 03] Disponible en <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
45. Organización Panamericana de la Salud. Programa de promoción de la salud de los ancianos para Latinoamérica y el Caribe, basados en la investigación. Informe de grupo de trabajo. Washington: OPS; 2003.
46. Ministerio de Salud. Lineamientos para la atención integral de salud de las personas Adultas mayores 2005 [Internet] [Consultado 2016 Abril 03] Disponible en: www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/minsapdf/lineamientos.pdf.
47. Leitón Z. Autocuidado de la Salud para el Adulto Mayor. Lima: Editorial OMS; 2005.
48. *Ibíd.*, p. 32.
49. *Ibíd.*, p. 33.
50. Bertrand R. El Conocimiento humano. 7ma Edición. España: Taurus; 2003.
51. Bunge M. La investigación científica, su estrategia y su filosofía. Barcelona: Ediciones siglo XXI, 2003.
52. Muñoz A. Conocimiento científico. Madrid: Limusa; 2000.
53. León, José. Adquisición de Conocimiento y Comprensión. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva; 2004.
54. Bunge M. Op Cit., p. 12 – 14.
55. Roblero C. Técnicas y Procesos de la Investigación Científica. [Internet]. [Consultado 2015 Marzo 16]. Disponible en: <http://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/conceptos.pdf>
56. *Ibíd.*, p. 34 – 36.
57. Álava, C. Psicología de las emociones y actitudes. Lima: Editorial San Marcos; 2000.
58. Moscovici, S. Notas hacia una descripción de la psicología social. Psic. Soc. Revista Internacional de Psicología Social 2005; 1 (2): 67 – 69.
59. Fishbein M, Ajzen I. Actitud, intención y el comportamiento: Una introducción a la teoría y la investigación. Massachusetts: Compañía Addison – Wesley 2004; 2 (3) 131 – 133.
60. *Ibíd.*, p. 135.

61. Ibíd., p. 136.
62. Ibíd., p. 137.
63. Colegio de Salle. Actitudes, definición y clasificación [Internet] [Consultado 2016 Marzo 31]. Disponible en: http://lasallebga.edu.co/2012/ge/ars/p3/ETICA/ETICA_03.pdf.
64. Ibíd., p. 14.
65. Gonzales S. Op.cit., p. 33.
66. Palencia Y. Alimentación y Salud: Claves para una buena alimentación [Internet] [Consultado 2016 Marzo 23] Disponible en http://www.unizar.es/med_naturista/Alimentacion%20y%20Salud.pdf.
67. Ministerio de Salud de Argentina, Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. Alimentación Saludable. [Internet] [Consultado 2016 Marzo 27] Disponible en <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/informacionparaciudadanos/alimentacion-saludable>
68. Cervera P, Clapes J, Rigolfas R. Alimentación y Dietoterapia. Nutrición aplicada en la Salud y la Enfermedad. España: Mc Graw Hill – Interamericana; 2010.
69. Salas J. Nutrición y dietética. Madrid: Elsevier; 2008.
70. Dapcich V; Salvador G, Ribas L, Pérez C, Aranceta J. Guía de alimentación saludable. Madrid: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria; 2004.
71. Ibíd., p. 42.
72. Ibíd., p. 43.
73. Ibíd., p. 43.
74. Escudero P. La dietista argentina. Su orientación médico – social. Publicación Científica del Instituto Nacional de la Nutrición. 5ta Edición Buenos Aires: Interamericana; 1972.
75. Gonzales S. Op.cit., p. 43.
76. Ibíd., p. 43.
77. Ibíd., p. 44.
78. Ibíd., p. 44.
79. Gonzales S. Op.cit., p. 50.
80. Ibíd., p. 50.
81. Ibíd., p. 51.
82. Servicio Nacional del Consumidor de Chile. Nutrición y cuidados del adulto mayor: recomendaciones para una alimentación saludable

[Internet] [Consultado 2016 Abril 05] Disponible en: fiapam.org/wp-content/.../Nutricion-y-Cuidados-del-Adulto-Mayor.pdf.

83. *Ibíd.*, p. 13.
84. Alarcón D, Zapata K. Intervención educativa de enfermería en los estilos de vida saludables: alimentación y ejercicio físico del adulto mayor del Programa de Diabetes e Hipertensión [Tesis de Pregrado] Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2014.
85. *Ibíd.*, p. 25.
86. Girolami D, Gonzales Carlos. Clínica y terapéutica en la nutrición del adulto. Buenos Aires; Argentina: El Ateneo; 2008.
87. *Ibíd.*, p. 32.
88. *Ibíd.*, p. 33.
89. *Ibíd.*, p. 34.
90. *Ibíd.*, p. 35.
91. Gómez C. Op. Cit., p. 38.
92. *Ibíd.*, p. 38.
93. *Ibíd.*, p. 39.
94. Gonzales S. Op.cit., p. 58.
95. *Ibíd.*, p. 59.
96. *Ibíd.*, p. 60.
97. Gómez C. Op. Cit., p. 39.
98. Ministerio de Salud del Perú. Orientaciones técnicas para la promoción de la alimentación y nutrición saludable. Lima: El Ministerio; 2005.
99. *Ibíd.*, p. 28.
100. *Ibíd.*, p. 29.
101. *Ibíd.*, p. 29.
102. Dapcich V; Salvador G, Ribas L, Pérez C, Aranceta J. Op. Cit., p. 41.
103. *Ibíd.*, p. 42.
104. Gómez C. Op. Cit., p. 40.
105. Girolami D, Gonzales Carlos. Op. Cit., p. 51.
106. Calañas A. Alimentación saludable basada en la evidencia. *Endocrinol Nutr.* May 2005; 52 (2): 8 – 11.
107. Servicio Nacional del Consumidor de Chile. Op. Cit., p. 23.
108. *Ibíd.*, p. 24.

109. Ibíd., p. 25.
110. Gómez C. Op. Cit., p. 51.
111. Ministerio de Salud del Perú. Op. Cit., p. 32.
112. Ibíd., p. 33.
113. Ibíd., p. 34.
114. Servicio Nacional del Consumidor de Chile. Op. Cit., p. 26.
115. Ibíd., p. 26.
116. Organización Mundial de la Salud. Op. Cit., p. 42.
117. Pender N. Op. Cit., p. 38.
118. Gonzales S. Op.cit., p.110.
119. Gorosquieta Alfonso y otros, Percepción del paciente adulto mayor acerca de la alimentación saludable en España. Unidad de Investigaciones Gerontológicas y Geriátricas 2008; 4 (2): 35 – 46.
120. Alarcón C. Op. Cit., p. 57.
121. Álvarez E. Op. Cit., p. 72.
122. Bocanegra S. Op. Cit., p. 49.
123. Claro R, Linders H, Flores B, Campbell N. Op. Cit., p. 63.
124. Gómez C. Op. Cit., p. 66.
125. Manrique D. Op. Cit., p. 57.
126. Pinos B. Op. Cit., p. 75.
127. Escalante D. Op. Cit., p. 86.
128. Martel S, Veramendi N, Medina A, Carbajal E, Alvarado E. Op. Cit., p. 6.



Código:

Fecha:/...../.....

ANEXO N° 1
GUÍA DE ENTREVISTA DE CARACTERÍSTICAS GENERALES
APLICADA A LA MUESTRA EN ESTUDIO

TITULO DE LA INVESTIGACION. “Nivel de conocimiento y actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari 2015”.

INSTRUCCIONES. Estimada señor (a): La presente guía de entrevista forma parte de un estudio orientado a obtener información sobre las características generales de los adultos mayores considerados en el estudio de investigación, por lo tanto sírvase responder de manera apropiada las preguntas que a continuación se le plantean; para tal efecto sírvase marcar con un aspa (x) dentro de los paréntesis las respuestas que usted considere pertinente. Sus respuestas serán manejadas con confidencialidad por lo cual le solicitamos veracidad.

I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS:

1. ¿Cuántos años tiene Ud.?

_____ Años

2. ¿Cuál es su género?:

a) Masculino ()

b) Femenino ()

3. ¿Cuál es su lugar de procedencia?:

a) Zona Urbana ()

b) Zona Rural ()

c) Zona Periurbana ()

II. CARACTERÍSTICAS SOCIALES:

4. ¿Cuál es su estado civil?

a) Soltera ()

b) Casada ()

c) Conviviente ()

d) Separada ()

e) Viuda ()

5. ¿Qué religión profesa Ud.?

a) Católica ()

b) Evangélica ()

c) Mormón ()

d) Atea ()

e) Otros ()

6. ¿Cuál es su grado de escolaridad?

- a) Secundaria Incompleta ()
- b) Secundaria Completa ()
- c) Superior Técnico ()
- d) Superior Universitario ()

7. ¿Cuál es su ocupación?

- a) Jubilado ()
- b) Trabajo dependiente ()
- c) Trabajo independiente ()
- d) No trabajo ()

Especifique:**Especifique:****III. CARACTERÍSTICAS FAMILIARES:****8. ¿Con quién vive usted?**

- a) Solo (a) ()
- b) Con su esposa (o) ()
- c) Con sus hijos ()
- d) Con sus nietos ()
- e) Otras personas ()

Especifique:**9. ¿Usted mantiene a alguien?**

- a) Si ()
- b) No ()

De ser su respuesta afirmativa ¿A quién usted mantiene?

- a) A su esposa (o) ()
- b) A sus hijos ()
- c) A sus nietos ()
- d) A Otras personas ()

Especifique:**IV. CARACTERÍSTICAS DEL ESTADO DE SALUD****10. Según su percepción ¿Cuál es su estado de salud actual?**

- a) Buen estado de salud ()
- b) Regular estado de salud ()
- c) Mal estado de salud ()

11. Comparado con hace un año atrás Ud. diría que su estado de salud ha:

- a) Ha mejorado ()
- b) Sigue igual ()
- c) Ha empeorado ()

12. ¿Considera Ud. que su estado de salud puede empeorar?

- a) Si ()
- b) No ()
- c) No sé ()

13. ¿Usted prepara sus alimentos y se alimenta sin ayuda?

- a) Si ()
- b) No ()

14. ¿Usted tiene sus dientes completos o incompletos?

- a) Dientes completos ()
- b) Dientes incompletos ()

15. ¿Usted utiliza dentadura postiza?

- a) Si ()
- b) No ()

16. ¿Usted puede masticar sus alimentos?

- a) Si puedo ()
- b) No puedo ()
- c) A veces puedo ()

Gracias por su colaboración...

Código:

Fecha:/...../.....

ANEXO N° 2**CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE
ALIMENTACIÓN SALUDABLE**

TITULO DE LA INVESTIGACION. “Nivel de conocimiento y actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari 2015”.

INSTRUCCIONES. Estimada señor (a): El presente cuestionario forma parte de un estudio orientado a obtener información sobre el nivel de conocimiento hacia la alimentación saludable en los adultos mayores, por lo tanto sírvase responder de manera apropiada las preguntas que a continuación se plantean respecto a los conocimientos que Ud. tiene sobre la temática en estudio. Para tal fin sírvase marcar con un aspa (x) dentro de los paréntesis según las respuestas que usted considere correctas o pertinentes de acuerdo a su criterio o forma de pensar.

Sus respuestas serán anónimas y manejadas con total confidencialidad, por lo cual se le solicita veracidad absoluta al momento de contestar las interrogantes planteadas.

I. GENERALIDADES DE CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE**1. ¿Cómo considera usted que es una alimentación saludable en el adulto mayor?**

- a) Es aquella alimentación que mantiene el corazón funcionando ()
- b) Es aquella alimentación balanceada y que ayuda a mantener un buen estado de salud ()
- c) Es aquella alimentación que mantiene el cuerpo cansado ()
- d) Es aquella alimentación que mantiene el cuerpo lleno de energía ()
- e) Ninguna de las anteriores ()

2. ¿Cuál cree Ud. que es el principal aporte y beneficio de una alimentación saludable en el adulto mayor?

- a) Proporciona muchos alimentos nutritivos ()
- b) Proporciona pocos alimentos nutritivos ()
- c) Proporciona alimentos que no son nutritivos ()
- d) Proporciona alimentos que son sabrosos ()
- e) Ninguna de las anteriores ()

3. ¿Considera Ud. que es importante para los adultos mayores tener una alimentación saludable?

- a) Sí es muy importante ()
- b) Es poco importante ()
- c) Tal vez sea importante ()
- d) No es importante ()
- e) No sé si es importante o no ()

4. ¿Considera Ud. que una alimentación saludable ayuda a los adultos mayores a mejorar su estilo de vida y mantener un buen estado de salud?

- a) Si ayuda ()
- b) No ayuda ()
- c) No tengo idea al respecto ()

II. CONOCIMIENTOS SOBRE LOS TIPOS DE ALIMENTOS

5. ¿Qué alimentos considera Ud. que debe consumir un adulto mayor?

- a) Alimentos que ayuden a subir de peso ()
- b) Alimentos de diferentes tipos que sean nutritivos y ayuden a tener un buen estado de salud ()
- c) Alimentos que evitan que suban de peso ()
- d) Alimentos que sean ricos y deliciosos, aunque no tengan ningún valor nutritivo ()

6. El grupo de alimentos que asegura un aporte nutricional completo al adulto mayor son:

- a) Frutas y verduras ()
- b) Cereales y menestras ()
- c) Legumbres y tubérculos ()
- d) Carnes de todo tipo ()
- e) Leche, queso, yogurt, y grasas en pequeñas cantidades ()
- f) Todas las anteriores ()
- g) Ninguna de las anteriores ()

7. Los alimentos que son recomendados para la salud del adulto mayor son:

- a) Carnes rojas, alcohol, carnes de aves y carbohidratos ()
- b) Verduras cocidas, agua, pan, cereales y galletas ()
- c) Agua, cereales, frutas frescas, verduras y carnes rojas ()
- d) Carnes, pescados, frutas, verduras, lácteos, cereales y agua ()
- e) Panes, legumbres, frutos secos, alcohol y pescados ()

8. Los alimentos que no deben consumir en exceso los adultos mayores son:

- a) Alimentos con mucha sal, azúcar, grasas, frituras y gaseosas ()
- b) Frutas, verduras agua, vino, pescados y carnes rojas ()
- c) Leche, yogurt, aceitunas, sopas, cereales y verduras ()
- d) Arroz, papas, leche, alcohol, sal, y carne de aves ()

9. Los adultos mayores ¿Deben beber por lo menos dos litros de agua durante el día?

- a) Si ()
- b) No ()
- c) No tengo idea ()

III. CONOCIMIENTOS SOBRE LA FRECUENCIA DE LOS ALIMENTOS

10. ¿Cuántas veces al día considera que debe comer un adulto mayor?

- a) Una vez ()

- b) Dos a tres veces ()
 - c) Cuatro veces ()
 - d) Cinco veces ()
 - e) Más de seis veces ()
- 11. Los adultos mayores ¿Deben tener y mantener un horario fijo para consumir sus alimentos (comer a la misma hora)?**
- a) Si ()
 - b) No ()
 - c) No tengo idea ()
- 12. ¿Cada cuánto tiempo deben consumir carnes o vísceras (pollo, res, pescado, pato, cerdo, hígado, riñón, mondongo, etc.) los adultos mayores?**
- a) Nunca ()
 - b) Una a dos veces por semana ()
 - c) Tres a 4 veces por semana ()
 - d) De vez en cuando ()
 - e) Todos los días ()
- 13. ¿Cada cuánto tiempo deben consumir alimentos lácteos (leche, queso, yogurt, etc.) los adultos mayores?**
- a) Nunca ()
 - b) Una a dos veces por semana ()
 - c) Tres a cuatro veces por semana ()
 - d) De vez en cuando ()
 - e) Todos los días ()
- 14. ¿Cada cuánto tiempo deben consumir menestras (frejoles, arvejas, lentejas, habas, etc.) los adultos mayores?**
- a) Nunca ()
 - b) Una a dos veces por semana ()
 - c) Tres a cuatro veces por semana ()
 - d) De vez en cuando ()
 - e) Todos los días ()
- 15. ¿Cada cuánto tiempo deben consumir cereales (arroz, trigo, quinua, maca, avena, maíz, mote, sémola, etc.) los adultos mayores?**
- a) Nunca ()
 - b) Una a dos veces por semana ()
 - c) Tres a cuatro veces por semana ()
 - d) De vez en cuando ()
 - e) Todos los días ()
- 16. ¿Cada cuánto tiempo deben consumir tubérculos (papa, yuca, camote, oca, pituca, etc.) los adultos mayores?**
- a) Nunca ()
 - b) Una a dos veces por semana ()
 - c) Tres a cuatro veces por semana ()
 - d) De vez en cuando ()
 - e) Todos los días ()

17. ¿Cada cuánto tiempo deben consumir frutas los adultos mayores?

- a) Nunca ()
- b) Una a dos veces por semana ()
- c) Tres a cuatro veces por semana ()
- d) De vez en cuando ()
- e) Todos los días ()

18. ¿Cada cuánto tiempo deben consumir verduras los adultos mayores?

- a) Nunca ()
- b) Una a dos veces por semana ()
- c) Tres a cuatro veces por semana ()
- d) De vez en cuando ()
- e) Todos los días ()

19. ¿Cada cuánto tiempo deben consumir grasas (aceite, mantequilla, margarina, mayonesa, etc.) los adultos mayores?

- a) Nunca ()
- b) Una a dos veces por semana ()
- c) Tres a cuatro veces por semana ()
- d) De vez en cuando ()
- e) Todos los días ()

20. ¿Cada cuánto tiempo deben consumir comida chatarra o rápida (Frituras, salchipapas, hamburguesas, pollo a la brasa, etc.) los adultos mayores?

- a) Nunca ()
- b) Una a dos veces por semana ()
- c) Tres a cuatro veces por semana ()
- d) De vez en cuando ()
- e) Todos los días ()

21. ¿Cada cuánto tiempo deben consumir dulces y bebidas gaseosas (galletas, tortas, gaseosas, etc.) los adultos mayores?

- a) Nunca ()
- b) Una a dos veces por semana ()
- c) Tres a cuatro veces por semana ()
- d) De vez en cuando ()
- e) Todos los días ()

IV. CONOCIMIENTOS SOBRE LA CANTIDAD DE LOS ALIMENTOS**22. ¿Qué cantidad de alimentos lácteos debe consumir un adulto mayor?**

- a) 1 porción al día ()
- b) 2 a 3 porciones al día ()
- c) 4 a 5 porciones al día ()
- d) Más de 6 porciones al día ()

23. ¿Cuántas raciones de carne debe consumir un adulto mayor?

- a) No debe consumir carne ()
- b) 1 ración al día (100 gr.) ()
- c) 2 a 3 raciones al día ()

- d) Más de 3 raciones al día ()

24. ¿Qué cantidad de menestras debe consumir un adulto mayor?

- a) No debe consumir menestras ()
 b) Media taza de menestras cocidas ()
 c) Una taza de menestras cocidas ()
 d) 2 a 3 tazas de menestras cocidas ()
 e) Más de 3 tazas de menestras cocidas ()

25. ¿Qué cantidad de cereales debe consumir un adulto mayor?

- a) No debe consumir cereales ()
 b) Media taza de cereales cocidos ()
 c) Una taza de cereales cocidos ()
 d) 2 a 3 tazas de cereales cocidos ()
 e) Más de 4 tazas de cereales cocidos ()

26. ¿Qué cantidad de tubérculos debe consumir un adulto mayor?

- a) No debe consumir tubérculos ()
 b) Una unidad al día cocida (125 gr.) ()
 c) Dos unidades al día ()
 d) 3 a 4 unidades al día ()
 e) Más de 5 unidades al día ()

27. ¿Cuántas frutas debe consumir un adulto mayor?

- a) No debe consumir frutas ()
 b) Una fruta al día ()
 c) 2 a 3 frutas al día ()
 d) 4 a 5 frutas al día ()
 e) Más de 6 frutas al día ()

28. ¿Cuántas raciones de verduras debe consumir un adulto mayor?

- a) No debe consumir verduras ()
 b) Una ración de verduras al día (ensaladas) ()
 c) 2 a 3 raciones de verduras al día ()
 d) 4 a 5 raciones de verduras al día ()
 e) Más de 6 raciones de verduras al día ()

29. ¿Cuántos vasos de agua debe consumir un adulto mayor?

- a) No debe consumir agua, solo bebidas gaseosas ()
 b) 1 vaso de agua al día ()
 c) 2 a 4 vasos de agua al día ()
 d) 5 a 6 vasos de agua al día ()
 e) 7 a 8 vasos de agua al día ()

V. CONOCIMIENTOS SOBRE LA COMBINACIÓN DE LOS ALIMENTOS

30. ¿Considera Ud. que combinar de manera adecuada los alimentos ayuda a mejorar la salud del adulto mayor?

- a) Si ayuda ()
 b) No ayuda ()
 c) No tengo idea al respecto ()

31. ¿Cómo debe ser la combinación de los alimentos en la alimentación del adulto mayor?

- a) Combinar solo los alimentos que se disponga en el hogar ()
 b) Combinar alimentos de todos los grupos de alimenticios:

- proteínas, carbohidratos, lípidos, vitaminas y agua ()
 c) No tengo idea al respecto ()

32. En la alimentación del adulto mayor ¿Se debe acompañar los alimentos que se consumen con diversas frutas o verduras de diferentes colores?

- a) Si se debe acompañar ()
 b) No se debe acompañar ()
 c) No tengo idea al respecto ()

33. En la alimentación del adulto mayor ¿Se debe combinar los alimentos con bebidas alcohólicas (cerveza, vino, etc.)?

- a) Si se debe combinar ()
 b) No se debe combinar ()
 c) No tengo idea al respecto ()

VI. CONOCIMIENTOS SOBRE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS A TRAVÉS DE LA ALIMENTACION SALUDABLE

34. ¿El adulto mayor debe consumir alimentos de fácil masticación; comiendo y masticando bien los alimentos?

- a) Si ()
 b) No ()
 c) No tengo idea al respecto ()

35. ¿El adulto mayor debe consumir o incorporar alimentos ricos en calcio (leche, pescado, etc.) en su alimentación?

- a) Si ()
 b) No ()
 c) No tengo idea al respecto ()

36. ¿El adulto mayor debe consumir alimentos ricos en fibras (frutas y verduras) en su alimentación?

- a) Si ()
 b) No ()
 c) No tengo idea al respecto ()

37. ¿El adulto mayor debe reducir el consumo de las grasas en su alimentación?

- a) Si ()
 b) No ()
 c) No tengo idea al respecto ()

38. ¿El adulto mayor debe reducir la cantidad de consumo de sal en su alimentación?

- a) Si ()
 b) No ()
 c) No tengo idea al respecto ()

39. ¿El adulto mayor debe reducir la cantidad de consumo de azúcar en su alimentación?

- a) Si ()
 b) No ()
 c) No tengo idea al respecto ()

40. ¿El adulto mayor debe evitar el consumo de bebidas gaseosas en su alimentación?

- a) Si ()
- b) No ()
- c) No tengo idea al respecto ()

41. ¿El adulto mayor debe evitar el consumo té o café en su alimentación?

- a) Si ()
- b) No ()
- c) No tengo idea al respecto ()

42. ¿El adulto mayor debe evitar o disminuir el consumo de bebidas alcohólicas o tabaco?

- a) Si ()
- b) No ()
- c) No tengo idea al respecto ()

43. ¿El adulto mayor debe realizar actividad física adecuada junto a una alimentación saludable para tener un buen estado de salud?

- a) Si ()
- b) No ()
- c) No tengo idea al respecto ()

44. ¿El adulto mayor debe alimentarse manteniendo un estado nutricional adecuado: (“un peso ideal”)?

- a) Si ()
- b) No ()
- c) No tengo idea al respecto ()

Gracias por su colaboración...

Código:

Fecha:/...../.....

ANEXO N° 3**ESCALA DE ACTITUD HACÍA LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE**

TITULO DE LA INVESTIGACION. “Nivel de conocimiento y actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari 2015”.

INSTRUCCIONES. Estimada señor (a): La presenta escala forma parte de un estudio orientado a obtener información sobre la actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores, por lo que a continuación se le presentarán una serie de enunciados relacionados a la alimentación saludable; las cuales después de analizar cada uno de ellos usted deberá marcar con un aspa (x) dentro de los casilleros según las respuestas que usted considere pertinentes de acuerdo a su forma de pensar respecto a la alimentación saludable en el adulto mayor. Sus respuestas serán manejadas con carácter confidencial por lo cual le solicitamos veracidad absoluta al momento realizar el marcado de casilleros. Por favor sírvase tener en cuenta la siguiente valoración en las marcas de los casilleros:

TA	Totalmente de acuerdo
DA	De acuerdo
I	Indeciso
ED	En desacuerdo
TD	Totalmente en desacuerdo

N°	REACTIVOS	TA	DA	I	ED	TD
1	Creo que comer saludable es importante para mi salud.					
2	Tener una alimentación saludable, permite que un adulto mayor tenga un peso ideal					
3	Es importante lavarse las manos antes de consumir los alimentos					
4	Para mantener una alimentación saludable debo consumir alimentos variados (cereales, carnes, lácteos, frutas, verduras).					
5	El sabor de las comidas es más importante para mí que su beneficio para mi salud.					
6	Me siento mejor comiendo alimentos saludables					
7	No sé bien cuáles son las comidas saludables y no saludables					
8	Es importante masticar bien los alimentos para asegurar una adecuada digestión en el adulto mayor.					
9	Me gusta comer comidas fritas antes que las ensaladas					

10	Me gusta consumir bebidas gaseosas junto con las comidas					
11	Prefiero consumir alimentos que no tengan mucha grasa.					
12	Las comidas que prefiero consumir son los dulces, galletas y otros alimentos azucarados.					
13	Es agradable consumir frutas y verduras todos los días					
14	Creo que es importante para mi salud consumir carne todos los días					
15	Evito las comidas con alto contenido de carbohidratos (pan, arroz, papas, etc.)					
16	Me gusta consumir de 6 a 8 vasos de agua todos los días					
17	Es desagradable consumir alimentos lácteos todos los días.					
18	Es bueno para la salud consumir pescado todos los días					
19	Es importante para los adultos mayores tener una alimentación saludable					
20	Consumir alimentos cuatro a cinco veces al día es saludable para un adulto mayor.					
21	Me preocupo de consumir mis alimentos todos los días en un horario fijo (la misma hora)					
22	Creo que consumir té o café todos los días no causa problemas para mi salud.					
23	Es importante saber combinar adecuadamente los alimentos.					
24	No se debe combinar bebidas alcohólicas con los alimentos que se consume					
25	No me agrada consumir alimentos saludables					
26	Consumir alimentos salados o con bastante sal son perjudiciales para un adulto mayor					
27	Es importante consumir alimentos ricos en calcio para el fortalecimiento de los huesos.					
28	Se debe evitar consumir alimentos azucarados o que contengan mucha azúcar					
29	Se debe evitar comer alimentos muy condimentados o fritos					
30	Me preocupo por tener un peso ideal, evitando el consumo de alimentos que causen el aumento de peso corporal.					

Gracias por su colaboración...

ANEXO 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- **Título del proyecto.**

“Nivel de conocimiento y actitud hacía la alimentación saludable en los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari 2015”.

- **Responsable de la investigación.**

Puente Silvestre, Janedith Noorie; alumna de la Escuela Académica Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, Cel.962575627.

- **Introducción / Propósito**

El propósito del estudio es determinar la relación entre los conocimientos y las actitudes hacía la alimentación saludable en adultos mayores, para que en base a los resultados obtenidos se planteen estrategias enfocadas a concientizar a la población en general sobre la importancia que tiene para los adultos mayores el poder acceder a una alimentación saludable que beneficiará su salud y le permitirá desarrollar adecuadamente su capacidad de autocuidado, permitiendo que los adultos mayores puedan consumir alimentos saludables, logrando que estos tengan un estado nutricional adecuado y un óptimo estado de salud.

- **Participación**

Participaran los adultos mayores usuarios del Centro de Salud “Carlos Showing Ferrari”, del distrito de Amarilis, provincia y departamento de Huánuco en el 2015.

- **Procedimientos**

Se aplicó un cuestionario de conocimientos y una escala de actitudes hacía la alimentación saludable, con un tiempo de 30 minutos por cada adulto mayor considerado en el estudio de investigación

- **Riesgos / incomodidades**

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

- **Beneficios**

El beneficio que obtendrá por participar en el estudio, es el de conocer si los conocimientos y actitudes que usted tiene frente a la alimentación saludable son ideales de acuerdo al marco teórico correspondiente respecto a este tema; y servirá de base para la implementación de estrategias educativa de intervención respecto a la temática en estudio.

- **Alternativas**

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.

Se le notificará sobre cualquiera nueva información que pueda afectar su salud, bienestar o interés por continuar en el estudio.

- **Compensación**

No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte de la investigadora ni de las instituciones participantes. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, a la investigadora responsable.

- **Confidencialidad de la información**

La información recabada se mantendrá confidencialmente en los archivos de la universidad de procedencia.

No se publicarán nombres de ningún tipo. Así que se puede garantizar confidencialidad absoluta.

- **Problemas o preguntas**

Escribir al

Email: janedith_1276@hotmail.com; o comunicarse con el N° de celular : 962575627.

- **Consentimiento / Participación voluntaria**

Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente.

Consiento voluntariamente para participar del estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la investigación sin que me afecte de ninguna manera.

- **Nombres y firmas del participante o responsable legal**

Firma del adulto mayor

Firma de la investigadora

Amarilis, a los ... días del mes de del 2015.

ANEXO 05
INFORME DE TRABAJO DE CAMPO

INFORME N° 001- UDH-FCS-EAPE-ACT-ALF -2016

Huánuco, 23 de Marzo del 2016.

A : Dra. Gladys Liliana Rodríguez Acosta
Asesora de proyecto de investigación

DE : Janedith Noorie Puente Silvestre.
Responsable de la investigación

ASUNTO : INFORME DE TRABAJO DE CAMPO.

Mediante el presente me es grato dirigirme a Ud., para saludarla cordialmente y a la vez hacer de su conocimiento que el proceso de recolección de datos de los adultos mayor considerados en la investigación titulada **“Nivel de conocimiento y actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari 2015”**, se realizó mediante la contratación de dos profesionales expertos en aplicación de instrumentos que laboran en el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), quienes fueron previamente capacitados en la metodología y los procedimientos a seguir en la recolección de datos en el presente estudio de investigación; en tal sentido la aplicación de este trabajo de campo se llevó a cabo teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos, así como las consideraciones éticas del estudio, se ejecutó de acuerdo a lo previsto en las fechas establecidas: 23, 24, 25, 26, 27, 28, y 30 de Noviembre del año 2015, en las instalaciones del Centro de Salud “Carlos Showing Ferrari” (ámbito de

estudio), siendo un total de 85 instrumentos aplicados a los adultos mayores considerados en el estudio, con la finalidad de recopilar datos que posteriormente fueron sometidos al análisis estadístico a través del programa SSPS Versión 20.0 para Windows. Adjunto al presente el cuadro de desarrollo de la actividad en mención.

Cualquier información adicional o ampliatoria, estaré a su entera disposición, por ahora es cuanto tengo que informarle para los fines pertinentes del caso, aprovecho para expresarle las muestras de consideración y estima personal.

Atentamente.

.....
Puente Silvestre, Janedith N.
RESPONSABLE DE LA INVESTIGACION

I. TÍTULO

“Nivel de conocimiento y actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari 2015”.

II. INTRODUCCIÓN

Al llegar a la tercera edad es muy importante cuidar la forma de alimentarse, ya que la misma se relaciona de manera directa con la calidad de vida. Una alimentación adecuada y saludable constituye el primer paso para lograr un estilo de vida saludable, por lo cual es importante tener presente que comer no es solamente un placer, sino es también satisfacer las necesidades nutritivas para un correcto crecimiento y desarrollo de las capacidades intelectuales y físicas del ser humano.

Una alimentación saludable en el adulto mayor se puede lograr de muchas formas, pero principalmente está influenciada por los conocimientos, creencias y actitudes que los adultos mayores y los familiares que viven con ellos tengan respecto a la forma de cómo deben alimentarse, ya que la alimentación se encuentra relacionada con la presencia de diversas enfermedades en el adulto mayor las cuales pueden ser prevenidas a través de la alimentación salud, por lo que se considera conveniente realizar el presente estudio con la finalidad de determinar el nivel de conocimiento y actitud hacia los adultos mayores considerados en el estudio de investigación, considerando que los resultados del estudio de investigación se derivan de la recolección de datos del trabajo de campo, se ha procedido aplicar las encuestas, por ser una de las etapas de una investigación de naturaleza cuantitativa.

III.OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD.

- Aplicar el instrumentos de recolección de datos
- Obtener datos fiables respecto a la aplicación de los instrumentos.

IV. ASPECTOS METODOLÓGICOS.

Selección de los días de aplicación de encuestas

La selección de los días/momentos para la recolección de datos se hizo al azar, sin dejar de lado los días de mayor concentración, es decir los días lunes martes y miércoles. Si bien los adultos mayores se encontraban usualmente en las inmediaciones de los consultorios a la espera del turno respectivo para entrar a la consulta médica respectiva o acceder a otros servicios dentro de la institución, cada uno de ellos tenía características especiales y diversas formas de respuesta frente a la aplicación de las encuestas. Por tanto, se ha fijado los días: lunes 23 (turno mañana y tarde), martes 24 (turno mañana y tarde), miércoles 25 (turno mañana y tarde), jueves 26 (turno mañana y tarde), viernes 27 (turno mañana y tarde), sábado 28 (turno mañana) y lunes 30 de Noviembre (turno mañana y tarde] teniendo en consideración los criterios de inclusión y exclusión inicialmente establecidos, esto con la finalidad de evitar sesgos durante la adquisición y procesamiento de datos.

Selección de los participantes del estudio.

La muestra estuvo conformado por 85 adultos mayores usuarios del Centro de Salud “Carlos Showing Ferrari” mediante el muestreo probabilístico aleatorio simple teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión establecidos dentro del proyecto de investigación, descritos a continuación:

Criterios de inclusión: Se incluyeron en el estudio, a los adultos mayores que:

- Estuvieron inscritos en el Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud “Carlos Showing Ferrari”.
- Se encontraron lúcidos, orientados en tiempo, espacio y persona.
- Aceptaron participar voluntariamente del estudio mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Se excluyeron del estudio a los adultos mayores que:

- Presentaron enfermedades crónicas que generaron limitación completa de su dependencia.
- Presentaron episodios de enfermedades agudas en el momento de la medición de datos.
- Presentaron alteraciones mentales (alzhéimer, y otros relacionados).
- No aceptaron participar del estudio (rechazaron el consentimiento informado)
- No concluyeron con el llenado de las respuestas del instrumento de investigación en un 100%

V. RESULTADOS

El tiempo promedio de aplicación de los instrumentos fueron:

- Guía de entrevista socio demográfica : 3 minutos
- Cuestionario de conocimientos : 12 minutos
- Escala de actitudes : 5 minutos

Tiempo promedio por persona: 20 minutos.

En conclusión se logró aplicar los instrumentos a la muestra total planteada en el proyecto de investigación, el cual se describe en el cuadro siguiente:

Fecha	Hora de entrada	Actividad	Observación
23 – 11 – 2015	8:00 am	Aplicación de 7 encuestas	Se hizo uso de 7 consentimientos informados escritos
23 – 11 – 2015	13:00 pm	Aplicación de 5 encuestas	Se hizo uso de 5 consentimientos informados escritos
24 – 11 – 2015	8:00 am	Aplicación de 7 encuestas	Se hizo uso de 7 consentimientos informados escritos
24 – 11 – 2015	13:00 pm	Aplicación de 6 encuestas	Se hizo uso de 6 consentimientos informados escritos
25 – 11 – 2015	8:00 am	Aplicación de 7 encuestas	Se hizo uso de 7 consentimientos informados escritos
25 – 11 – 2015	13:00 pm	Aplicación de 6 encuestas	Se hizo uso de 6 consentimientos informados escritos
26 – 11 – 2015	8:00 am	Aplicación de 7 encuestas	Se hizo uso de 7 consentimientos informados escritos
26 – 11 – 2015	13:00 pm	Aplicación de 5 encuestas	Se hizo uso de 5 consentimientos informados escritos
27 – 11 – 2015	8:00 am	Aplicación de 8 encuestas	Se hizo uso de 8 consentimientos informados escritos
27 – 11 – 2015	13:00 pm	Aplicación de 7 encuestas	Se hizo uso de 7 consentimientos informados escritos
28 – 11 – 2015	8:00 am	Aplicación 7 de encuestas	Se hizo uso de 7 consentimientos informados escritos
30 – 11 – 2015	8:00 am	Aplicación de 7 encuestas	Se hizo uso de 7 consentimientos informados escritos
30 – 11 – 2015	13:00 pm	Aplicación de 6 encuestas	Se hizo uso de 6 consentimientos informados escritos

VI. DIFICULTADES DURANTE LA APLICACIÓN DE ENCUESTAS.

- Durante la aplicación de encuestas, la principal limitación que se encontró es obtener la colaboración de los adultos mayores puesto que algunos manifestaron que no disponían de tiempo para responder las preguntas planteadas en los instrumentos de investigación.
- Hubo ocasiones en que los adultos mayores no querían colaborar con el estudio porque se encontraban cansados, y sin ganas de hacer nada, por lo que se tuvo a que esperar a que se encuentren con buen humor y con predisposición a participar del estudio.
- Habían situaciones en las que la concentración de los adultos de familia disminuían, lo cual nos dificultaba continuar con la aplicación de encuestas.
- No se tuvo la retribución para entregar a las encuestadas.

ANEXO 06

CONSTANCIAS DE VALIDACIÓN POR JUECES EXPERTOS

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Amelia R. Díaz Tarazona, identificado (a) con DNI
N° 15739659, de profesión Biometólogo Nutricionista,
ejerciendo actualmente como CAP III Hospital Hemo ESALUD
en la institución ESALUD.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el instrumento del proyecto de investigación: "Nivel de conocimiento y actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari 2015" para efectos de su aplicación.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Suficiencia de los ítems				X
Pertinencia de los ítems				X
Claridad de los ítems			X	
Vigencia de los ítems				X
Estrategia				X
Objetividad de los ítems				X
Consistencia de los ítems				X
Estructura del instrumento				X

En Huánuco, a los 18 días del mes de Mayo del 2016.


AMELIA MADELEINE DIAZ TARAZONA
NUTRICIONISTA C.N.P. 2868
CAP III METROPOLITANO - RAHO


Firma y sello del experto

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, ELER BORRERO CANTALICIO, identificado (a) con DNI
 N° 40613742, de profesión LICENCIADO EN ENFERMERIA,
 ejerciendo actualmente como DOCENTE INVESTIGACION
 en la institución UDT

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el instrumento del proyecto de investigación: "Nivel de conocimiento y actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari 2015" para efectos de su aplicación.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Suficiencia de los ítems			X	
Pertinencia de los ítems				X
Claridad de los ítems				X
Vigencia de los ítems			X	
Estrategia				X
Objetividad de los ítems				X
Consistencia de los ítems				X
Estructura del instrumento				X

En Huánuco, a los 19 días del mes de Febrero del 2016


 MINISTERIO DE SALUD
 GOBIERNO REGIONAL - HUÁNUCO
 DRE DE SALUD - HUÁNUCO

 Lic. Eler Borrero Cantalicio
 JEFE DE UNIDAD DE
 ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
 Firma y sello del experto

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

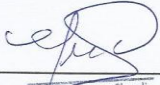
Yo, Edith C. Jara Claudio, identificado (a) con DNI
N° 22419984, de profesión Enfermera - Salud Familiar,
ejerciendo actualmente como Coord. CAP UNHEUAC - ESSALUD
en la institución ESSALUD Red Hco.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el instrumento del proyecto de investigación: "Nivel de conocimiento y actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari 2015" para efectos de su aplicación.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Suficiencia de los ítems			✓	
Pertinencia de los ítems			✓	
Claridad de los ítems			✓	
Vigencia de los ítems			✓	
Estrategia				
Objetividad de los ítems			✓	
Consistencia de los ítems			✓	
Estructura del instrumento			✓	

En Huánuco, a los 15 días del mes de FEBRERO del 2016


Firma y sello del experto
Edith C. Jara Claudio
Enfermera - Salud Familiar
ESSALUD

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Alejandrina Ursula Ramírez Godoy, identificado (a) con DNI N° 22434874, de profesión Enfermera, ejerciendo actualmente como Jefe de Consultorio Externo en la institución Hospital Regional "Hermilio Valdizama" - HCO.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el instrumento del proyecto de investigación: "Nivel de conocimiento y actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari 2015" para efectos de su aplicación.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Suficiencia de los ítems				✓
Pertinencia de los ítems				✓
Claridad de los ítems				✓
Vigencia de los ítems				✓
Estrategia				✓
Objetividad de los ítems				✓
Consistencia de los ítems				✓
Estructura del instrumento				✓

En Huánuco, a los 22 días del mes de Febrero del 2016

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional "Hermilio Valdizama" - HCO

Lic. Enf. Alejandrina Ramírez Godoy
CEP. 17285

JEFE DE CONSULTORIO EXTERNO
Firma y sello del experto

ANEXO 07

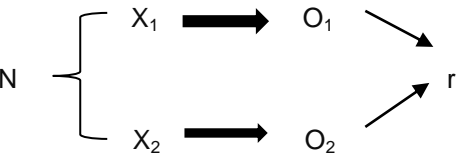
MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO DEL ESTUDIO: “Nivel de conocimiento y actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari 2015”.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES		
Problema general: ¿Existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari 2015?	Objetivo general: Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari 2015	Hipótesis general: Ho: No existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari 2015. Hi: Existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia la alimentación saludable en los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari 2015.			
Problemas específicos: • ¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento de las generalidades y las actitudes hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio?	Objetivos específicos: Identificar la relación que existe entre el conocimiento sobre las generalidades y las actitudes hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio	Ho1: No existe relación entre el conocimiento sobre las generalidades y las actitudes hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio Hi1: Existe relación entre el conocimiento sobre las generalidades y las actitudes hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio	VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES
			Conocimiento sobre alimentación saludable	Generalidades de conocimientos	Bueno Regular Deficiente
				Tipo de alimentos	Bueno Regular Deficiente
				Frecuencia alimentos	Bueno Regular Deficiente
				Cantidad de alimentos	Bueno Regular Deficiente
				Combinación de alimentos	Bueno Regular Deficiente
Prevención de riesgos	Bueno Regular Deficiente				

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento sobre los tipos de alimentos y las actitudes hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio? • ¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento sobre la frecuencia de alimentos y las actitudes hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio? • ¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento sobre la cantidad de alimentos y las actitudes hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio? 	<p>Establecer la relación que existe entre el conocimiento sobre los tipos de alimentos y las actitudes hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.</p> <p>Conocer la relación que existe entre el conocimiento sobre la frecuencia de alimentos y las actitudes hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.</p> <p>Evidenciar la relación que existe entre el conocimiento sobre la cantidad de alimentos y las actitudes hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.</p>	<p>Ho2: No existe relación entre el conocimiento sobre los tipos de alimentos y las actitudes hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.</p> <p>Hi2: Existe relación entre el conocimiento sobre los tipos de alimentos y las actitudes hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.</p> <p>Ho3: No existe relación entre el conocimiento sobre la frecuencia de alimentos y las actitudes hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.</p> <p>Hi3: Existe relación entre el conocimiento sobre la frecuencia de alimentos y las actitudes hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.</p> <p>Ho4: No existe relación entre el conocimiento sobre la cantidad de alimentos y las actitudes hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.</p> <p>Hi4: Existe relación entre el conocimiento sobre la cantidad de alimentos y las actitudes hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.</p>	VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES
			Actitud hacia la alimentación saludable.	Única	Positivas Negativas

<p>en los adultos mayores en estudio?</p> <p>• ¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento sobre la combinación de alimentos y las actitudes hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio?</p> <p>• ¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento sobre la prevención de riesgos a través de la alimentación saludable y las actitudes hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio?</p>	<p>en los adultos mayores en estudio</p> <p>Evaluar la relación que existe entre el conocimiento sobre la combinación de alimentos y las actitudes hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.</p> <p>Valorar la relación que existe entre el conocimiento sobre la prevención de riesgos a través de la alimentación saludable y las actitudes hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.</p>	<p>conocimiento sobre la cantidad de alimentos y las actitudes hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.</p> <p>Ho5: No existe relación entre el conocimiento sobre la combinación de alimentos y las actitudes hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.</p> <p>Hi5: Existe relación entre el conocimiento sobre la combinación de alimentos y las actitudes hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio.</p> <p>Ho6: No existe relación entre el conocimiento sobre la prevención de riesgos a través de la alimentación saludable y las actitudes hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio</p> <p>Hi6: Existe relación entre el conocimiento sobre la prevención de riesgos a través de la alimentación saludable y las actitudes hacia la alimentación saludable en los adultos mayores en estudio</p>	
--	---	---	--

DISEÑO	POBLACION Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS
<p>TIPO DE ESTUDIO: Relacional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Según el análisis, alcance de resultados e intervención de la investigadora: Observacional. - De acuerdo a la planificación de la recolección de datos: Prospectivo. - Por el número de ocasiones en que se mide la variable en estudio: Transversal - Según el número de variables de estudio: Analítico <p>Diseño de estudio:</p> <p>El diseño de aplicación en el trabajo de investigación fue el diseño descriptivo correlacional en el siguiente esquema.</p>  <p>Dónde:</p> <p>N : Muestra de adultos mayores</p> <p>X₁ : Conocimiento sobre alimentación saludable</p> <p>X₂ : Actitud hacia la alimentación saludable</p> <p>O₁ : Observación 1.</p> <p>O₂ : Observación 2.</p> <p>r : Relación entre las variables.</p>	<p>POBLACION MUESTRAL</p> <p>Por ser una población pequeña se vio por conveniente, usar el método de población muestral, incorporando como muestra a la población total de estudio, a todos los adultos mayores inscritos en el Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud “Carlos Showing Ferrari”, que según datos obtenidos de los registros de esta institución, la población muestral estuvo constituida por 85 adultos mayores. “Carlos Showing Ferrari”; obtenidos a través del muestreo no probabilístico por conveniencia, teniendo en consideración los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos.</p>	<p>PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:</p> <p>Cuestionario de conocimiento sobre alimentación saludable</p> <p>Escala de actitud hacia la alimentación saludable</p> <p>ANÁLISIS DE DATOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis descriptivo: Se detallarán las características de cada una de las variables en estudio, de acuerdo al tipo de variable en que se trabajaron (categórica o numérica), asimismo se tendrá en cuenta las medidas de tendencia central y de dispersión para las variables numéricas y de frecuencias para las variables categóricas. Además se emplearán figuras para facilitar la comprensión en cada caso, tratando de que el estímulo visual sea simple, resaltante y fácilmente comprensible; para tal efecto se determinará las medidas de tendencia central, la media, moda y mediana. • Análisis inferencial. Para la contratación de las hipótesis se utilizará la Prueba Chi cuadrada para establecer la relación entre las dos variables en estudio con una probabilidad de $p < 0.05$. Para el procesamiento de los datos se utilizará el Paquete Estadístico SPSS versión 20.0 para Windows.

